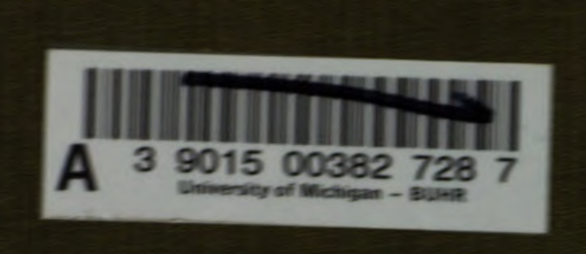
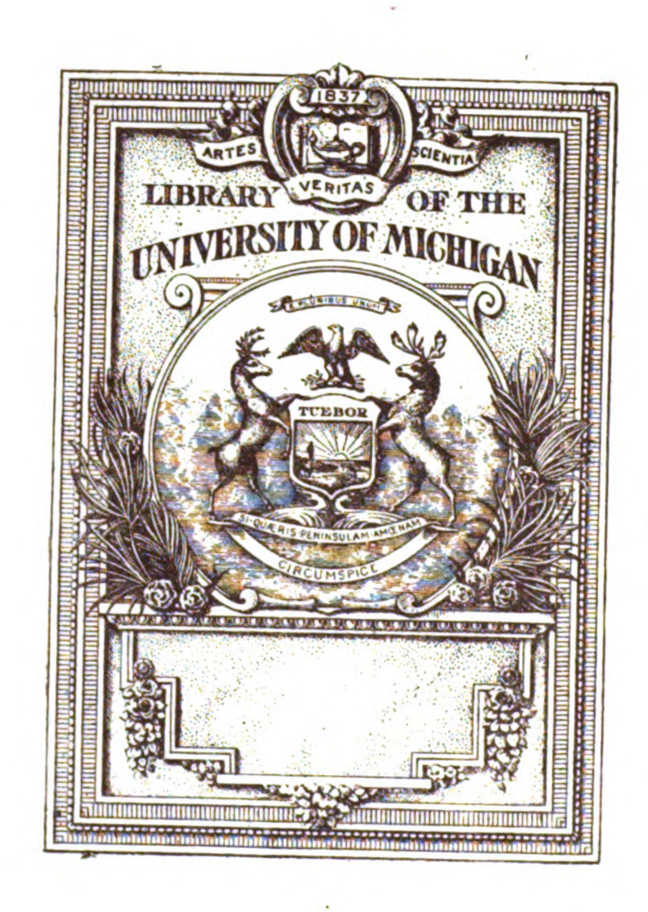

A 3 9015 00382 728 7
University of Michigan – BUHR




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE











ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

ZWEIUNDSIEBZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT

ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1914

REDIGIERT VON

O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1916

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Über die logische Stellung der Kriminologie zur Psychopathologie. Mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten moralischen Schwachsinns. Von Dr. med. et phil. *Arthur Kronfeld*-Dalldorf 1
Über Kopfhautfalten und Haarlinien. Von Dr. *Rudolf Ganter*-Wormditt. Mit 2 Abbildungen 63
Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen bösartigen Geschwülsten und Geisteskrankheiten. Von Dr. *Ernst Müller*-Waldbröl 72
Ein Veronaldelirium. Von *Kurt Schneider*-Köln 87
Erfahrungen über die Entlassung Geisteskranker gegen ärztlichen Rat. Von Dr. *Treiber*-Görden bei Brandenburg 100

Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie 180
Nekrolog *Robert Thomsen*. Von *Wilhelmy*-Bonn 109
Nekrolog *Franz Fischer* junior. Von *Barbo*-Pforzheim................ 110
Nekrolog *Ernst Veit*. Von *Hebold*-Wuhlgarten 115
Die Vereinigung kath. Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten 116
Die Geisteskranken in den Irrenanstalten Preußens im Jahre 1912..... 116
Verein zum Austausch der Anstaltberichte 118
Personalnachrichten 118

Zweites Heft.

Originalien.

Geisteskrankheiten und Krieg. Von Dr. *Heinrich Resch*-Bayreuth 121
Ein Fall von Unfallneurose. Von Dr. *Hans Laehr*-Schweizerhof 134



Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

92. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 20. Juni 1914 in Bonn.
Westphal-Bonn: Über Fehlen aller Sehnenreflexe ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems (Krankendemonstration) 171
Wassermeyer-Bonn: Über pathologischen Rausch 173
Rülf-Bonn: 1. Ein Fall von familiärem Rindenkrampf 174
2. Durch Suggestion behobener Fall von Amenorrhöe .. 175
Lückerath-Bonn: Gehirndemonstration 177
Werner-Bedburg: Psychiatrische Reiseeindrücke aus England und Schottland 178
Hübner-Bonn: Über paranoide Erkrankungen 179

Kleinere Mitteilungen.

Heinrich Laehr-Stiftung 184
Schüle-Jubiläum 184
Nekrolog *Knecht* 184
Mitteilung Prof. *E. Stranskys* 189
Personalnachrichten 189

Drittes Heft.

Originalien.

Über Rechtsfragen aus den Grenzgebieten von Tabes dorsalis und Dementia paralytica. Von Dr. *Kreuser*-Winnental 191
Zur Lehre von den psychischen Entwicklungsstörungen (Infantilismus). Von Dr. *Otto Juliusburger*-Steglitz-Berlin 200

Kleinere Mitteilungen.

Ministerialerlaß 247
Die deutschen Anstalten für Geisteskranke und der Krieg 247
Psychopathia gallica. Von *Hans Laehr* 250
Kreisanstalt Günzburg a. d. Donau 276
Schutz der Kinder gegen Alkohol 276
Personalnachrichten 276



Seite

Viertes Heft.

Originalien.

Über paranoische Geistesstörungen. Von Professor Dr. *Ernst Emil Moravcsik*-Budapest 279
Unfall und Paranoia. Von Dr. *W. Tintemann*-Osnabrück 305
Psychosen bei Frauen im Zusammenhang mit dem Kriege. Von *W. Suckau*-Frankfurt am Main 328
Psychiatrische Vorschläge für die Zeit nach dem Kriege. Von Geh. Sanitätsrat Dr. *Th. Benda*-Berlin 356

Kleinere Mitteilungen.

Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 370
Deutscher Verein für Psychiatrie: Rechnungsabschluß für 1915 370
Heinrich Laehr-Stiftung 371
Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen 372
Nochmals Psychopathia gallica. Von Dr. Heß-Görlitz 372
Personalnachrichten 373

Fünftes und sechstes Heft.

Orginalien.

Zu den Änderungen im Auftreten und Verlauf der allgemeinen progressiven Paralyse während der letzten Jahrzehnte. Von *Heinrich Dübel*-Tannenhof 375
Zum manisch-depressiven Irresein. Von *Karl Birnbaum*-Buch 439
Über einen von einem Geisteskranken ausgeführten Raubmord. Von *Harald Siebert*-Libau 485

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

93. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 25. Juni 1916 in Bonn 496
Westphal: Über Kriegsneurosen, insbesondere über Gehstörungen auf psychogener Basis. (Demonstrationsvortrag.) 497
S. Löb-Ahrweiler: Krankenvorstellung 508
G. Voß-Düsseldorf: Über chronischen Tetanus (mit Krankenvorstellung) 510
Jahnel-Frankfurt: Darstellung von Spirochäten bei Paralyse 510
Lückerath-Bonn: Über Militärpsychosen 512



Seite

Aschaffenburg: Ein Beitrag zur Lehre vom Gedächtnis. (Behinderung des Wiederauflebens optischer Erinnerungsspuren nach Schädelverletzungen.) 516
Hübner-Bonn: Die strafrechtliche Begutachtung von Soldaten 518
Witte-Bedburg: Über anatomische Veränderungen am Zentralnervensystem bei Tetanus traumaticus 521
Raether-Bonn: Über die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Kriegsneurosen 522
Mörchen-Wiesbaden: Das Fehlen traumatischer Neurosen bei Kriegsgefangenen 524

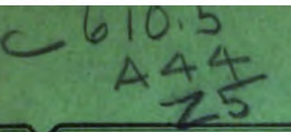
Kleinere Mitteilungen.

Verein abstinenter Ärzte 527
Personalnachrichten 527









ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

ZWEIUNDSIEBZIGSTER BAND
ERSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 12. MÄRZ



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1915

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.



Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie

Für Studierende und Ärzte

von

EDUARD KAUFMANN

Sechste

neu bearbeitete und vermehrte Auflage

Mit 746 Abbildungen im Text und auf 2 Tafeln

Zwei Bände

Geheftet 25 Mark Gebunden 28 Mark

Berliner klinische Wochenschrift (Nr. 49, 1911):

. . . Es ist unzweifelhaft das beste und vollständigste Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, das wir besitzen . . .

Geheimrat Professor von Hansemann (Berlin).

Georg Reimer Verlag Berlin W 10



Über die logische Stellung der Kriminologie zur Psychopathologie.

Mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten moralischen Schwachsinns.

Von

Dr. med. et phil. **Arthur Kronfeld**-Dalldorf (z. Z. im Felde).

Vorbemerkung. Das Grundproblem aller Kriminologie, zu dem auch diese Studie einen geringen Lösungsbeitrag liefern will, ist die unter bestimmten unpsychologischen Gesichtspunkten eingeengte Teilfrage des allgemeineren soziologischen Problems: ob sich Gesetze der Beziehung zwischen psychologischer Artung, Milieu und Lebensgestaltung aufstellen lassen. Typen dieser Beziehung sucht die Kriminologie aufzufinden, und zwar im Hinblick auf ein bestimmtes Tun, welches sie als den Ausdruck dieser Lebensgestaltung auffaßt: das antisoziale. Die Bestimmungsstücke dieses antisozialen Tuns sind letzten Endes immer negative Merkmale, abgeleitet aus den Normen strafrechtlicher Kodifikation. Diese Typen eines Tuns, definiert an den Strafrechtsbestimmungen, und Typen oder Einheiten nur im Sinne dieser Definitionsgrundlage, enthalten nun gar keine Beziehung zu irgendwelchen psychologischen Einheiten, welche die Beschreibung gewinnt und aufstellt. Die Kriminologie soll zwischen diesen beiden methodisch ganz inhomogenen Teilen eine Beziehung stiften, welche beide in besonderen Gesetzen zusammenbringt. Dem Nachdenkenden ist von vornherein klar, daß sich hier methodologische Fragen von großer Schwierigkeit und Bedeutung aufwerfen, von deren klarer Beantwortung der Erfolg jeder kriminologischen Einzeluntersuchung, ja der Kriminologie selber abhängt, soweit sie über äußerlich-praktische Bedürfnisse hinaus Anspruch auf theoretische und wissenschaftliche Sicherheit erhebt.



Lange Jahre hindurch habe ich in der Erkenntnis der hier vorliegenden Probleme vergeblich in der kriminologischen Literatur um Rat gesucht. Der Eifer des Materialsammelns auf einem wenig beackerten Gebiet überwog hier die methodische und prinzipielle Selbstbesinnung; sogar Meister der Forschung wie *Aschaffenburg*, welche diese Probleme wohl sehen, überhoben sich bei ihrer produktiven Arbeit ihrer besonderen Behandlung. Allmählich aber ist die Materialfülle so reich geworden, daß die Verarbeitung stockt; nicht das Material, die Gesichtspunkte beginnen zu fehlen und werden immer mehr veräußerlicht.

Da erschien es mir angebracht, als ich selbst mich vor eine kriminologische Einzelaufgabe gestellt sah[1]), meinerseits den Versuch zu machen, den Methodenproblemen der Kriminalpsychologie prinzipiell nachzugehen. Im Zentrum dieser Probleme stand für mich die Frage, wieweit generell das soziale Verhalten zu einem Kriterium psychischer Typik zu werden vermag. Denn hier ist der eine Brückenpfeiler methodisch verankert, der die Brücke tragen soll, die von der psychologisch abgegrenzten Struktureinheit des Täters zu der strafrechtlich abgegrenzten Begriffseinheit des Deliktes geschlagen werden muß. Eine methodische Vorfrage dieses Problems bildet die nach der logischen Struktur psychischer Typenbildung. Als ich vermeinte, auf diese beiden Fragen befriedigende Antworten gefunden zu haben, war die weitere Aufgabe eine methodische Fundierung des zweiten Tragpfeilers der wissenschaftlichen Kriminalpsychologie; der erste stützte den Weg, der als ein Kontinuum von den psychischen Wesenseinheiten zu den Einheiten sozialen Verhaltens führte; der zweite — der sich mir im Begriff der Milieuabhängigkeit darstellte — trug von den Einheiten sozialen Verhaltens hinüber zu den außerpsychischen Bedingungsreihen kriminellen Tuns.

Mit der methodologischen Klärung dieser Sachlage wurde mir gleichsam mit einem Schlage der Charakter der Gesetze klar, sowie die heuristischen Gesichtspunkte und die Fragestellungen, die in der Kriminalpsychologie fruchtbar und bedeutsam sind. Ich habe nun

[1]) Nach dem Kriege soll eine Arbeit erscheinen über Gewohnheitsverbrecher, die wieder sozial werden. Ihr gehören die im folgenden erwähnten Fälle Respel und Grün an.



diese Ergebnisse und die dabei entwickelten methodologischen Gesichtspunkte nicht sogleich generell gewonnen, sondern heuristisch mir am Falle der sog. moral insanity sukzessive abgeleitet. Dieser Begriff, von dem man nicht weiß: gehört er in die Psychopathologie, gehört er in die Kriminalpsychologie, stehen seine normativen Merkmale in faßbarer Beziehung zu seinen deskriptiven usw.? — dieser umstrittenste Begriff des Grenzgebietes mehrerer Disziplinen ist so recht ein Schulbeispiel für die Schwierigkeit der Beziehung des sozialen Verhaltens zur seelischen Struktur. Ist die einheitliche Anomalie des sozialen Verhaltens auf eine einheitliche abnorme Seelenstruktur reduzibel, oder ist sie selber unmittelbar die „Krankheit", oder ist diese Begriffsbildung unter rein normativen Gesichtspunkten erfolgt und darum deskriptiv nichtssagend, oder ist sie trotzdem psychologisch zulässig oder nötig?

Ich habe es für wichtig genug erachtet, bei meiner Darstellung der methodischen Sachlage von einer exakteren Analyse der im moralischen Schwachsinn enthaltenen Fragestellungen auszugehen.

Freilich darf man auf diesem Gebiet keine Entdeckung neuer Fakten erwarten. Derartiges liegt nicht im Wesen einer kritischen Betrachtung, einer methodologischen Selbstkontrolle. Was diese leisten soll, ist vielmehr eine Sicherung und Fundierung des bisherigen Erkenntnisbestandes und seine Befreiung von Unklarheiten und Äquivokationen. Ihr Ziel ist eine Verwissenschaftlichung des schon Erreichten bis zur Höhe theoretischer Durchbildung. Wir wissen wohl, daß manche Forscher, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, sich über die in Rede stehenden Probleme ganz ähnliche Gedanken gemacht haben wie diejenigen, die wir in theoretisch einwandfreier Weise auszusprechen glauben; das macht unsere Arbeit nicht überflüssig, sondern nur um so nötiger.

Die logische Struktur psychopathologischer Typenbildung.

Die psychopathologische Artung eines Menschen ist immer psychologisch eindeutig determiniert und durch ein reales psychisches Sondergesetz in allen ihren Auswirkungen in identischer Weise bestimmt. Es liegt hierin kein Widerspruch dazu, daß sie nicht restlos und glatt in einem der psychopathologischen Ordnungstypen aufzugehen braucht,



die man landläufigerweise zu trennen pflegt. Daß es zwischen diesen Ordnungstypen Zwischen- und Mischformen gibt, ist allgemein bekannt; ebenso, daß vom einzelnen Typus jeweils Übergänge zum Normalen führen. Eine jede solche Mischform — sie scheine so zusammengesetzt wie sie wolle — ist aber in ihrem Wesen psychologisch ebenso einheitlich und scharf begrenzt wie die eigentlichen Grundtypen. Um das einzusehen, muß man sich den methodischen Weg vergegenwärtigen, der zu dem Behufe der Bildung solcher Typen begangen wird.

Es soll dabei an dieser Stelle jedes Eingehen auf die Fundamentalfragen psychologischer Tatsachenerkenntnis, auf das Wissen vom fremden Ich und seine Grundlagen, auf die neuere sogenannte verstehende Psychologie etc. ebenso vermieden werden wie die Beantwortung der Probleme der Normalität und des Pathologischen [1]). Lediglich die logische Stellung des geistigen Prozesses, dessen Ergebnis die bekannten und hier vorausgesetzten Typen psychopathischer Persönlichkeiten sind, soll kurz gekennzeichnet werden. Man sagt hierüber nämlich meist, diese Typen beruhten auf „Abstraktionen". Aber das ist nicht richtig; ebensowenig wie der Normaltypus, der „Gesunde", eine Abstraktion ist — etwa gemäß der statistischen Breite des Vorkommens seiner Eigenschaften, wie man gerne behauptet. Vielmehr wenn man diese Typen bildet, so will man damit ein Gesetz für das Zusammenwirken ihrer seelischen Funktionen ausdrücken und den Begriff dieses Gesetzes kurz bezeichnen. Man kennt dieses Gesetz nämlich nicht so, daß es sich bestimmt und explizit aussprechen ließe; man weiß nur, hinter dem Wesen jedes Typus steht eine Einheit, welche das Ineinander- und Zusammenwirken seiner Abläufe in bestimmter, von anderen Einheiten unterschiedener Weise regelt. Welches diese Einheit ist, vermag man direkt nicht anzugeben; aber man erkennt sie aus ihren Erscheinungsweisen und ihren Wirkungen. Man kann auch die eine oder die andere ihrer Voraussetzungen innerhalb des psychischen Substrates, auf das sie sich anwendet, direkt erkennen: man kann in der relativen Stärke der psychischen Grundfunktionen selber oder in ihren qualitativen Relationen Besonderheiten erkennen und ähnliches. Gesetze, die für ein empirisches Material gelten, beruhen auf Induktionen. Das gilt auch für die

[1]) Vgl. hierzu mein Buch: „Grundlinien der Phänomenologie", Verlag von J. Springer, Berlin.

Gesetze der psychopathologischen Artung. Jene Typenbildungen sind genau so Induktionsergebnisse wie es die Gesetze der einzelnen psychotischen Prozesse sind.

Es hat aber natürlich seinen Grund, daß diese Gesetze, welche durch die psychopathischen Typen jeweils bezeichnet werden, in ihren wesentlichen Bestimmungsstücken um soviel ungreifbarer sind als etwa die Gesetze echter Krankheiten, seien diese nun körperlicher oder psychischer Art. Die Krankheitsgesetze sind letzten Endes — d. h. sobald aus einem vollständigen Induktionsmaterial geschlossen wird — genetisch-ätiologischer Art. Bei den bloß nosologisch oder gar nur klinisch bestimmten Krankheitsgesetzen bleibt die Wissenschaft lediglich dann stehen, wenn die ätiologischen Bestimmungsstücke noch nicht in ihrer Hand sind; wenn die Forschung sie noch sucht. Das bedeutet, daß in solchen Fällen das Induktionsmaterial noch unvollständig ist. Die Aufstellung klinischer Einheiten bedeutet ein Wissen um das Bestehen eines bestimmten eindeutigen Kausalzusammenhanges und die deskriptive Aufzählung aller der Phänomene, die offenbar irgendwie mit ihm zu tun haben; aber weder ist dieser Kausalzusammenhang, dieses Gesetz der Krankheit schon in seinen Bestimmungsstücken erfaßt, noch ist eine Zusammenordnung der unter ihm stehenden Phänomene gemäß dieser Kausalrelation möglich; sie bleibt vorerst eine äußerlich-deskriptive Sammlung. Die Aufstellung der nosologischen Einheiten gibt bereits eine in ihren kausalen Relationen geordnete Zusammenstellung ihrer Glieder; aber das Gesetz der Erkrankung selber ist in seinen Merkmalen noch nicht bestimmt. Erst die pathogenetische Erkenntnis erfüllt diese letzte Forderung. Man denke beispielweise etwa an die Krankheitseinheit des Abdominaltyphus vor und nach Auffindung des Bazillus Koch-Gaffky. Zwischen der nosologischen und der pathogenetischen Definition einer Krankheit besteht der gleiche Unterschied wie zwischen unvollständiger und vollständiger Induktion. Hat man die nosologische Einheit erfaßt, so bietet sie den heuristischen Gesichtspunkt, unter dem man die pathogenetische sucht. Im Gebiet der Psychosen ist das Beispiel der pathogenetischen Einheit die progressive Paralyse, das Beispiel der nosologischen die Hebephrenie. Die klinische Einheit, welche noch durch kein ausreichendes nosologisches Material gestützt wird, ist eine Vorbe-



reitungsstufe der nosologischen. Es werden in dem Chaos der ungeordneten Materie einheitliche Zusammenfassungen versucht. Denn dies — die Auffindung von Gesetzen — ist die Aufgabe der Forschung. Heuristisches Prinzip ist zunächst nur, daß es, soll eine Wissenschaft überhaupt möglich sein, in dieser ungeordneten Materie Gesetze geben muß. So ordnet man klinisch das deskriptiv Gleiche zusammen, sei es nach Zustandsbild oder Verlauf. Da nun in der psychiatrischen Materie kein Fall dem anderen gleicht, so muß von dem Besonderen und Zusammengesetzten der einzelnen Individualität immer mehr oder weniger weitgehend abstrahiert werden. Diese Abstraktionen nun, das vorbereitende Hilfsmittel der angestrebten induktiven Forschung, erfolgen gemäß dem Stande unserer Erkenntnis von den Elementen und Funktionen des psychischen Lebens überhaupt. Es ist nun klar, daß der Gesichtspunkt dieser Abstraktionen, welcher aus der normalen Psychologie übernommen wird, willkürlich und irrig sein kann und dem realen Zusammenhang der Phänomene nicht zu entsprechen braucht. Die auf diese Methode aufgebaute Induktion strebt also zwar eine reale Einheit an, ist aber in diesem Streben nicht gegen Irrtum gesichert. Daß dennoch die Krankheitseinheiten auch unter klinischen Gesichtspunkten reale Inbegriffe von Gesetzen und keine willkürlichen Phantasiegebilde sind — bei aller Möglichkeit des Irrtums —, das muß man, so selbstverständlich es klingt, doch gegenüber dem wiederaufkommenden relativistischen Standpunkt, es handle sich nur um „Symptomverkuppelungen" oder um methodisch geforderte „Gesichtspunkte der Zusammenfassung", betonen.

Solche klinischen Einheiten sind im Gebiete der Psychiatrie etwa „die" Paranoia und „die" Epilepsie. Hierher gehören nun auch alle Einheiten psychopathologischer Typenbildung. Bei den letzteren kommt nun aber noch eine zwiefache Schwierigkeit hinzu. Nämlich erstens sind sie pathogenetisch gar nicht, wie die psychotischen Prozesse, verifizierbar. Ihre Pathogenese ist an sich keine einheitliche, auch nicht für den einzelnen Typus. Ferner ist sie vollständig unklar. Und, was das Wichtigste ist, auch wenn sie eine bekannte und einheitliche wäre, so wäre sie für das Gesetz des einzelnen Typus völlig belanglos. Für die wissenschaftliche Durchbildung der psychopathologischen Typen kommt es nur darauf an, ihre klinische Einheit zum Range einer nosologischen zu erheben. Warum die Pathogenese

dieser Typen eine so nebensächliche Rolle spielt, dies zu begründen bedürfte einer breiten Erörterung über den Konstitutionsbegriff, die hier nicht gegeben werden kann; überdies liegen ihre Ergebnisse für jeden Kenner der einschlägigen Probleme nahe. Die Grundfrage der psychopathologischen Typenbildung ist die: welche Gesetze und Zusammenordnungen psychischen Geschehens bestehen, wenn in den einzelnen Funktionen und ihren Relationen Intensitätsänderungen jeweils vorausgesetzt werden; oder, da wir nicht systematisch, sondern von der Mannigfaltigkeit des empirischen Materials ausgehen: welche Gesetze gelten unter der gemachten Voraussetzung für dieses? Mit der Einführung der genannten Voraussetzung aber entsteht die zweite Schwierigkeit, von der wir sprachen. Denn um zu jenen Funktionen und der für sie oder ihre Wechselbeziehung postulierten Störung zu gelangen, wüssen wir abstrahieren. Und zwar abstrahieren in einem ganz anderen und viel weitergehenden Sinne, als wir es bei der Symptomatologie der eigentlichen Psychosen tun müssen. Bei dieser genügt es, jedes Symptom auf seine eigenen funktionalen Wurzeln zurückzuführen. Jede Abstraktion ist ebenso unabhängig von der anderen, wie jedes Primärsymptom es vom anderen ist. Mit anderen Worten: für die Psychosen im engeren Sinne wird keine psychologisch einheitliche Störung der Funktionen gefordert. Das liegt im inneren Wesen des psychotischen Prozesses, der die psychische Kontinuität destruiert. Diese Forderung ist aber für die Psychopathien eine unerläßliche Vorbedingung ihrer wissenschaftlichen Bearbeitung. In ihr, und in der durch sie veranlaßten psychologischen Abstraktionsweise, ist aber der Schlüssel zur Methode psychopathologischer Typenbildungen zu erblicken. Insofern trifft die landläufige Auffassung, diese Typen „seien“ Abstraktionen, nicht allzuweit an der Sache vorbei, wenn sie auch ihr Wesen nicht erfaßt. Denn dieses besteht in der unvollständigen Induktion aus diesem Abstraktionsmaterial auf ein gesetzmäßiges psychisches Sondergeschehen.

Abstraktion ist Vereinfachung. Die Zahl der psychopathischen Individuen ist mannigfaltig, die fundierenden Funktionsanomalien sind systematisch nicht übersehbar. Die abstraktiven Vereinfachungen werden daher leicht zu weit getrieben, so daß sie der mannigfaltigen Abstufung der wirklich vorhandenen Typen nicht genügen. Das Gesetz jedes Typus ist aber ein nur für ihn gültiges reales Sonder-



gesetz. Man darf auch nicht übersehen, daß Kombinationen und Variationen mehrerer Funktionsanomalien aufeinander treffen können, deren Resultante wiederum ein in sich einheitliches Gesetz besonderen psychischen Ablaufens sein muß. So erklärt sich das Bestehen von Mischformen. Mischformen sind diese nur für die relativ rohe Willkürlichkeit unserer Vereinfachungen und deren Bezeichnung; tatsächlich sind es reale besondere Bildungen in ihrem besonderen Eigengesetz, auf das die Methode unseres Abstrahirens aus anderen Gründen nicht adäquat eingestellt ist. Etwas anders verhält es sich mit den sogenannten Übergängen, die vom Normalen zum einen oder zum anderen Typus führen. Sie erklären sich daraus, daß die Intensität jeder Funktion oder jeder Funktionsanomalie sowie jeder qualitativen Änderung im Verhältnis der Funktionen zueinander nach Graden abstufbar ist.

Wir wollen an dieser Stelle noch einige Worte sagen über die jüngst aufgekommene Auffassung, als handle es sich bei den psychopathologischen Typenbildungen um Verfahrensweisen der sogenannten „idealtypischen Begriffsbildung". *Jaspers* [1]) hat sie für die Psychiatrie zuerst behauptet. Wir halten sie für irrig. Sie geht aus von Darlegungen *Max Webers* [2]). Um sie zu verstehen, muß man sich vergegenwärtigen, daß die Psychopathologie menschlicher Charaktere von diesen Forschern als ein Teil der Gruppen- oder Individualpsychologie angesehen wird und daher der historischen Individualpsychologie analogisiert wird, im Gegensatz zur naturwissenschaftlichen Elementarpsychologie induktiver und konstruierender Art. Diese Auffassung ist auch sicher richtig; und ebenso ist die Methode des historisch-psychologischen Erfassens von der naturwissenschaftlichen Elementaranalyse unterschieden. Nur erstreckt sich nach meiner Meinung dieser Unterschied nicht auf die Art der Gesetzerkenntnis in beiden Fällen. Vielmehr, wo überhaupt allgemeine Urteile über empirische Abläufe gebildet werden, geschieht dies im Wege der Induktion. Es heißt an den Grundlagen der Logik und Erkenntniskritik rütteln, wenn man das für einen Teil empirischer Phänomene aufhebt. *Weber* nun tut dies tatsächlich, und zwar im Anschluß an *Rickert*sche Gedankengänge. Wir können uns hier nicht auf eine Kritik der Fundamente dieses Verfahrens einlassen; sie wird an anderer Stelle von mir gegeben werden; wir müssen uns mit einigen immanenten Argumenten ad hominem begnügen. *Weber* meint, in den historisch bedeutsamen Abläufen ist diese besondere Bedeutsamkeit nicht aus Gesetzen deduzier-

[1]) Allgemeine Psychopathologie, 1913 S. 270.

[2]) Die Objektivität sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. Archiv f. Sozialwissenschaft, 1914, S. 22 ff.



bar, sondern hängt an der qualitativen Färbung des Einzelvorgangs. Eine psychologische Analyse nach Art der naturwissenschaftlichen würde für das Wesen solcher Abläufe nicht mehr besagen, als etwa chemische Daten für die Biogenese. Man könnte das Spezifische aus ihnen nicht deduzieren; die Verständlichmachung von Grund und Art dieser Bedeutsamkeit fehlte. Die Bedeutsamkeit eines Vorgangs setzt die Beziehung desselben auf einen Wert voraus. Sie fällt daher nicht mit dem Gesetz desselben zusammen. (Uns scheint dies überhaupt ein außertheoretischer Gesichtspunkt zu sein.) Historische Erkenntnis aber ist die Erkenntnis einer in diesem Sinne bedeutsamen Erscheinung. Sie fragt nach der individuellen Kausalität derselben, welche das Gesetz niemals bezeichnet. (Der Begriff der individuellen Kausalität, wie ihn Rickert geschaffen hat, enthält eine contradictio in adjecto: der Kausalbegriff, als der Inbegriff der Form des Gesetzes für die Erfahrung überhaupt, ist immer allgemein. Einzelnes kann durch Einzelnes verursacht sein; die Art dieser Verursachung ist eine gesetzmäßige, d. h. allgemein und notwendig gültige. Will man ihr diesen Anspruch nehmen und sie ebenfalls individualisieren, so raubt man ihr ihren Gesetzescharakter und ihrer Erkenntnis demgemäß die Geltung der Wissenschaftlichkeit.) Nun sind nach *Weber* unter den unendlich vielen Bedingungen eines Phänomens unter diesem Gesichtspunkt nur diejenigen wissenswert, welche zu seiner Bedeutsamkeit in kausaler Beziehung stehen; also die Ursachen seiner „wesentlichen" Bestandteile; nicht das Gesetz, sondern der einzelne Zusammenhang. Daraus folgt: es ist „Zurechnungsfrage", welcher individuellen Konstellation ein Phänomen seinem Zusammenhang nach angehört. Zur Beantwortung dieser Frage muß man sich fortwenden von der Reduktion des Phänomens auf allgemeine, „inhaltleere" Gesetze. Man muß aus der Phänomenfülle „kraft der Wertideen" das Moment, den „winzigen Bestandteil" herausheben, „auf dessen Betrachtung es allein ankommt" [1]). Das „Persönliche" an wissenschaftlichen Werken ist das allein wertvolle. Die „subjektive Gebundenheit" liegt dabei in der Anerkennung bestimmter Wertideen. Trotzdem ist diese Erkenntnis eine kausale. (??)

Es gibt nun nach *Weber* ein evidentes Verstehen individueller Abläufe im Gegensatz zu einer Erklärung („Deduzierbarkeit") aus Gesetzen. Dieses Verstehen geht aus auf die „Idee" eines historischen Zusammenhangs, auf eine Utopie, die „durch gedankliche Steigerung bestimmter Elemente der Wirklichkeit gewonnen ist" [2]). Es ist eine „Veranschaulichung am Idealtyp". Diese idealtypische Begriffsbildung ist keine Hypothese, sondern „ein Ausdrucksmittel der Darstellung". Sie beruht auf einseitiger Steigerung eines oder mehrerer Gesichtspunkte an Einzelerscheinungen. Sie ist ein rein idealer Grenzbegriff; sie versucht historisches

[1]) A. a. O. S. 56.
[2]) Desgl. S. 64.



Geschehen „in genetische Begriffe zu fassen". (?) Sie ist nicht mit der Bildung des Gattungsbegriffs identisch.

Jaspers hat diesen Begriff des Idealtypus ein wenig verändert in die Psychopathologie übernommen. „Idealtypen sind umfassende Einheitsbildungen, die zwar bei Gelegenheit der Erfahrung, aber nicht durch die Erfahrung, vielmehr aus wenigen gegebenen Voraussetzungen mit apriorischen Mitteln (??) konstruiert werden." „Aus dem Wesen des Idealtypus ergibt sich, daß sie zunächst gar keine empirische Bedeutung haben, daß sie aber der Maßstab sind, an dem wir die wirklichen Einzelfälle messen. Soweit diese dem Idealtypus entsprechen, begreifen wir sie." „Wo die Wirklichkeit dem Idealtypus nicht entspricht, fragen wir weiter woher das kommt; entspricht die Wirklichkeit aber völlig, so ist die Erkenntnis auf eigenartige Weise befriedigt, und wir fragen nur (?) nach der Ursache des Ganzen [1])."

Soviel Worte, soviel logische Irrtümer. Eine Begriffsbildung, welche auf Steigerung eines Merkmals beruht, unter Absehen von den übrigen, und welche dennoch nicht Abstraktion sein und zu Gattungsbegriffen führen soll! Ein Begriff a priori von empirischen Gegenständen! Ein Begriff, der etwas „genetisch" faßt — eine Aufgabe, die bisher dem kausalen Urteil vorbehalten war! Zugrunde liegt alledem die *Rickert*sche ominöse Verwechselung von Begriff und Gesetz. Begriffe an sich sind immer problematisch, gelten nie für sich, sondern stets in ihrer Verbundenheit zu einem Urteil; d. h. natürlich, dieses Urteil gilt. Was *Weber* unter genetischen Begriffen versteht, ist völlig unklar. Natürlich sind seine idealtypischen Begriffsbildungen Abstraktionen; und der heuristische Gesichtspunkt für die Bildung dieser Abstraktionen ist die „Bedeutsamkeit" des herausgehobenen Merkmals für einen subjektiv vorausgesetzten Wert. Ob so etwas in der Historie notwendig oder wünschenswert ist, geht uns hier nichts an — die Sachlichkeit *Ranke*s scheint diese Notwendigkeit hinreichend zu widerlegen. Daß diese Methode in der Psychopathologie nichts zu suchen hat, ergibt sich schon daraus, daß diese keine Wertwissenschaft ist und auch kein Derivat einer solchen, sondern ihrem idealen Ziel nach reine deskriptive und genetische Theorie. Woher sollte denn der vorausgesetzte Wert, im Hinblick auf den die einzelnen psychologischen Phänomene in jeweils besonderer Weise „bedeutsam" sind, genommen werden? Aus der Ethik, aus der Ästhetik oder aus irgend einer sozialen Teleologie? Im letzteren Falle wäre es also Sache des politischen Bekenntnisses, wie man letzten Endes psychopathologische Typen fundierte! Und auch im ersteren träte eine unerwünschte Relativierung und Subjektivierung unserer Wissenschaft ein, die ihr jedes Kriterium des objektiven Fortschrittes entzöge. *Weber* sagt ganz richtig, es sei „Zurechnungsfrage", wie man solche Typen bilde. In der Tat ver-

[1]) A. a. O. S. 270.

lieren die psychopathologischen Typen und sogar die Krankheitseinheiten ihren Sinn als Ausdruck realer gesetzmäßiger Zusammenhänge; sie werden zur Sache des Gesichtspunktes; und seine Gesichtspunkte hat bekanntlich jeder Mensch für sich. Der Sinn der Wissenschaft hört hier für unsere Arbeit auf zu bestehen.

Solche begrifflichen und methodischen Verirrungen sind gerade in der Psychopathologie begreiflich als Reaktionsprodukte auf die Sterilität und die Trivialitäten einer nur auf die Elementaranalyse gerichteten Experimentalpsychologie. Man sollte aber das Kind nicht mit dem Bade ausschütten und sich von der naturwissenschaftlichen Arbeitweise und ihrer logischen Fundierung überhaupt abwenden, bloß weil eine einzelne Methode versagt.

Für unseren praktischen Zweck kommt zur Beurteilung dieser idealtypischen Begriffsbildung noch besonders in Frage, daß sie das Verständnis für Mischformen zwischen den psychopathologischen Typen ausschließt. Den „Idealtypus" von Mischformen kann man nicht bilden, solange der Idealtypus der reinen Formen deren adäquaten Erkenntnisausdruck bildet. Die Mischform ist dann etwas, das sich weder dem einen noch dem anderen Idealtypus rein angleicht, ohne daß sie doch ihren eigenen Idealtypus hätte. Die Abweichungen nun, welche die Mischform vom Idealtypus zeigt, können darnach nur als zufällige individuelle Besonderheiten bewertet werden, da doch gerade der Idealtypus selber im Hinblick auf einen Wert geschaffen wurde und demgemäß nur das ihm Entsprechende des seelischen Einzelfalles „bedeutsam" ist. Für diese Auffassung muß somit die Mischform eigentlich eine individuell zufällige und unerfreuliche Komplikation sein; daß die Vertreter dieser Lehre sie tatsächlich anders auffassen, entspringt nur einer Inkonsequenz, die der psychologisch verständnisvolle Praktiker wider den irrenden Theoretiker begeht, deren widerspruchsvolle Eigenschaften sich in diesen Forschern beisammen finden. In Wirklichkeit ist die Mischform eine den „reinen" Typen koordinierte, qualitativ anders geartete reale Einheit, die wir mangels differentieller Abstraktionen bloß nicht genau bezeichnen können. Die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise wird also auch im Effekt den Phänomenen mehr gerecht als jenes sogenannte „verstehende" „Erfassen des Individuellen". Die Existenz der Mischform ist ein tatsächlicher vernichtender Schlag gegen die Lehre von der „Gesichtspunkt"struktur der psychopathologischen Typenbildungen und ihrer „idealtypischen" Bildungsart.

Wir fassen zusammen: Jeder psychopathologische Typus ist der Ausdruck einer induktiv gewonnenen, gesetzmäßigen realen Einheit. Doch ist das Sondergesetz psychischen Geschehens, das er darstellt, nicht aus seinen konstitutiven Merkmalen in abstracto und theoretisch darstellbar. Zu seiner Vergegenwärtigung, die nur in concreto möglich



ist, bedient man sich daher deskriptiver Materialdaten und roher, ad hoc gemachter Abstraktionsbezeichnungen, die eine klinische Verständigung ermöglichen, ohne das psychologisch-theoretisch Wesentliche zu enthalten. Normative Gesichtspunkte finden sich in diesem ganzen geistigen Prozeß nicht; er verbleibt völlig innerhalb der beobachtenden und beschreibenden Psychologie.

Die theoretischen Probleme des sogenannten moralischen Schwachsinns.

Es wurde im Vorherigen festgestellt, daß das deskriptive Material, welches den auf Typenbildung abzielenden Induktionen der Psychopathologie zugrunde liegt, aus den jeweiligen Besonderheiten der psychischen Funktionen und ihrer Beziehungen besteht. Alle direkt beobachtbaren psychischen Phänomene und Erlebnisse erfahren zum Zweck der Zusammenordnung unter ein psychopathologisches Gesetz eine Reduktion auf die Funktionen, durch deren Wirksamkeit und Verbindung sie erzeugt wurden. Für diese Reduktion der Phänomene auf die Funktionen kommen naturgemäß in erster Linie diejenigen Phänomene in Betracht, welche methodisch isolierbar und direkt demonstrabel sind und einen unmittelbaren Index der Leistungsgröße und Qualität der fundierenden Funktion oder Funktionsgruppe bilden. Darüber hinaus aber bildet das ganze psychische Leben einen — allerdings sehr abgeleiteten und verwickelten — Ausdruck der besonderen Artung seelischen Funktionierens, die im Einzelfalle vorliegt und ihn von anderen unterscheidet. Ein nicht scharf abgrenzbarer Teil dieses psychischen Gesamtseins ist das soziale Verhalten. Setzt man die Abgrenzung psychopathologischer Typen lediglich auf Grund der direkt beobachteten Funktionsarten als bereits vollzogen voraus, so wird auf Grund dieser fertigen Erkenntnis auch eine Unregelmäßigkeit des sozialen Verhaltens aus dem Wesen des betr. Typus heraus verständlich, so indirekt und verwickelt die einzelnen Zusammenhänge auch sein können. Tatsächlich aber ist die Problemlage für die Wissenschaft eine andere: die Typen sind keineswegs vorgegeben, sondern sollen erst noch exakt erfaßt und fundiert werden; und zu diesem Zweck liegt neben dem psychologisch direkt beobachtbaren Material auch der äußere soziale Lebensgang der einzelnen Fälle zur

Untersuchung vor. Dieser soziale Lebensgang aber ist nun nicht ohne weiteres einer begrifflichen Fassung und Bearbeitung zugänglich, deren Elemente aus der Psychologie stammen; Abweichungen von der sozialen Norm sind nicht identisch mit Abweichungen von der psychischen Norm; und daraus ergibt sich die methodische Frage, wieweit das soziale Verhalten von Individuen überhaupt Material zum Aufbau psychischer Typen darstellen kann und darf.

Dasjenige Gebiet der Psychopathien, für welches diese Frage am brennendsten ist, ist die sogenannte moral insanity *Prichards* [1]). Denn an direkt beobachtbaren Funktionsanomalien herrscht hier rechter Mangel; und es ist das soziale Verhalten in einer allerdings ganz einheitlichen und konstanten Besonderheit, welches allein oder doch in überwiegendem Maße das Material zur Aufstellung dieses Typus liefern muß.

Prichard bildete diesen Typus ganz unbefangen und direkt auf Grund des sozialen Verhaltens. Moral insanity bedeutet: Irresein des Verhaltens; im englischen Sprachgebrauch des Wortes moral liegt nicht der engere deutsche Sinn „moralisch", sondern der weitere des Verhaltens, des Charakters und Benehmens überhaupt. Für *Prichard* konnte also das äußere Verhalten gleichsam als ein einheitlicher Bestandteil der Seele erkranken; daß die Kriterien des Abweichens von der Norm für das soziale Verhalten durchaus keine psychologischen, sondern eben soziale sind, übersah er; direkt greifbare psychologische Krankheitszeichen brauchten nicht da zu sein: das auffällige soziale Verhalten „ist" das Irresein.

Dieser Begriff hat nun sehr mannigfache Abwandlungen erfahren, an denen sich die prinzipielleren methodologischen Fragen des Zusammenhangs zwischen sozialem Verhalten und psychischem Typus gut verfolgen lassen. Ein Teil der Forscher hat versucht, die Abweichungen des sozialen Verhaltens in ihrer Spezifität aus anthropologisch-somatischen Gesichtspunkten heraus zu fundieren, etwa durch Hereditätsanomalieen oder Degeneration oder sonstige „angeborene Anlage" pathologischer Art, und sie so unter ein einheitliches Gesetz zu bringen. Ein anderer Teil hielt mit der Widerlegung dieser Versuche auch die Typenbildung moral insanity für widerlegt. Ein anderer Teil suchte nach psychologisch direkt beobachtbaren Nebenbefunden, die zugleich mit der sozialen Anomalie bestanden; so kam man auf den „Schwachsinn" der moral insanes. Andere Forscher wollten diesen Schwachsinn nur in bezug auf moralische Urteile und Entschließungen wirksam wissen, ohne sich zu fragen, wie Derartiges psychologisch möglich sei, und was das dann für ein „Schwachsinn" sei,

[1]) *Prichard*, Treatise on insanity etc. 1835.



den man sonst nicht merke. Immerhin ist hier bereits die Tendenz einer psychologischen Reduktion des sozialen Verhaltens auf psychische Funktionen im allgemeinen deutlich, wenngleich noch nicht recht geklärt. Wieder andere Forscher glauben, Moral bestehe in Gefühlen, und sehen in Gefühlsdefekten die direkte psychische Basis der moral insanity. Andere bestreiten die psychologische Einheitlichkeit des seelischen Gegebenseins von Moral und sind daher Gegner der Typenbildung moral insanity, obwohl, wenn Moral auch nichts psychologisch einheitlich Repräsentiertes zu sein braucht, der Typus des moral insane durchaus eine Einheit sein kann. Andere endlich lehnen die Existenz der Erkrankung „moralischer Schwachsinn" ab, halten aber die Typenbildung deshalb noch nicht für falsch, sondern bestreiten nur ihre Subsumierbarkeit unter die Typenbildungen der Psychopathien. So lehnt *Aschaffenburg* die Krankheit moral insanity ab [1]), und diagnostizierte in einem bestimmten Falle: „nicht geisteskrank, moralischer Schwachsinn". Das ist durchaus nicht inkonsequent, wie es vielleicht zuerst scheinen könnte; es legt nur die Frage nahe: welchen Kriterien gehorcht denn diese Typenbildung, wenn nicht denen der Psychopathologie? Gehören die Kriterien dieses Typus nicht wenigstens teilweise der Psychologie an? Und wohin gehört der Typus, wenn er auf diese Weise den psychopathologischen Typen ausgereiht wird?

Alles das sind nur theoretische Fragen. Für die Praxis genügen *Berzes* [2]), *Antons* [3]) und *Liepmanns* [4]) mehr umschreibende Abgrenzungen des moralischen Schwachsinns; und für die praktisch-forensischen Gesichtspunkte werden einstweilen die Grundlinien maßgebend sein müssen, die *Berze* in seiner vortrefflichen Studie gezogen hat.

Jedoch die theoretischen Fragen haben auch ihre Bedeutsamkeit, und zwar hier eine gleichsam paradigmatische, indem die Beziehung zwischen der Einheit psychischer Artung und Funktionsbesonderheit einerseits, der „Einheit" sozialen Verhaltens andererseits gerade beim moralischen Schwachsinn zu einer besonders problematischen Zuspitzung kam. Wenn daher die theoretische Bearbeitung auch keine neuen Tatsachen zutage fördert, so klärt und vertieft sie doch unser Verständnis der alten. Ich glaube daher an einige der hierher gehörigen Probleme rühren zu sollen, nicht um das fast undurch-

---

[1]) *Aschaffenburg*, Das Verbrechen u. s. Bekämpfung, 1903, S. 164.

[2]) *Berze*, Über die sog. moral insanity und ihre forens. Bedeutung. *Groß'* Archiv Bd. 30, S. 123 ff.

[3]) *Anton*, Deutsche med. Wochenschrift 1910, Nr. 6.

[4]) *Liepmann*, Die Beurteilung psychop. Konstitutionen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 1912, S. 134 ff.



dringliche Gestrüpp von anthropologischen, psychologischen, ethischen, metaphysischen, psychiatrischen und forensischen Fragen zu bearbeiten, die in der moral insanity zusammentreffen, sondern um die begriffliche Vorarbeit im Hinblick auf das mehrfach präzisierte Problem etwas zu fördern. Was wir hier am moralischen Schwachsinn als an einem praktischen Beispiel durchführen, wird dann in den späteren Kapiteln dieses Teiles ganz abstrakt und prinzipiell in seinem methodologischen Bestande erörtert und begründet.

Zunächst muß man berücksichtigen, daß die Frage nach der Existenz von moralisch Schwachsinnigen durch direkte Beobachtung allein beantwortet werden kann und heute schon eindeutig bejahend beantwortet ist. Das Wesen des moralischen Schwachsinns und seine psychologische Fundierung aber macht neben der Beobachtung noch eine Reihe weitgehender Abstraktionen erforderlich, die sorgsame Kritik verlangen.

Über die Existenz von moralisch Schwachsinnigen kann in der Tat etwas ausgemacht werden, auch wenn diese zweite Frage noch ungeklärt ist; denn hierzu genügen die „hinreichenden Merkmale", aus denen Gegenstände als einem Begriff zugehörig erkannt werden, auch wenn dieser hinsichtlich seiner wesentlichen und notwendigen Merkmale noch problematisch und dunkel ist.

Ein solches Kriterium, wonach jemand als moralisch Schwachsinniger zu erkennen ist, und das doch außerhalb des psychologischen Tatbestandes im engeren Sinne liegt, hat schon *Kurella*[1]) angegeben und *Longard* wiederholt; es ist zugleich dasjenige, welches ganz äußerlich eine Verbrechergruppe umreißt: Die Unverbesserlichkeit. Der in jedem Milieu unverbesserliche Rückfallskriminelle ist in diesem Sinne der moralisch Schwachsinnige, gleichviel wie er sonst konstituiert sein mag. Zweierlei würde diese äußerlich kriminalsoziologische Abgrenzung des moralischen Schwachsinns besagen: einmal, daß ein Mensch dauernd in jedem Milieu dem Gesetz zuwiderhandelt, zweitens, daß er auch durch Strafmaßnahmen nicht beeinflußbar ist. Beides sind direkt am äußeren Verhalten des Betreffenden beobachtbare Tatsachen. Sie sieht der Richter so gut wie der zugezogene Fachmann. Von letzterem will er den Grund wissen, warum

[1]) *Kurella*, Naturgeschichte des Verbrechers, Stuttgart 1893.



das so ist. Dieser Grund, sollte man meinen, könnte nun nur in einheitlichen psychologischen Tatbeständen liegen, welche die Struktur dieser Gruppe als zusammengehörig bestimmen.

Anstatt aber diesem Problem genauer nachzugehen, schließt man vorsichtigerweise aus dem immer wieder erfolgenden Rückfall darauf, daß das Milieu keine Mitschuld trifft. Und da die Begriffe Milieu und Anlage in vollständiger Disjunktion den Inbegriff sämtlicher Bedingungen sozialen Verhaltens umfassen, so folgt aus dem Ausschluß des Milieus konsequent die „kriminelle Anlage"[1]). Noch ganz in diesem Sinn fragt auch *Aschaffenburg*[2]): „Worin kann diese Unverbesserlichkeit bei Ausscheidung der körperlichen und geistigen Gebrechen, was wohl in diesem Falle identisch mit Invalidität und Geisteskrankheit ist, worin kann sie anders bestehen, als in der individuellen Veranlagung?"

Die Tatsache der besonderen Anlage kann man dann noch durch weitere indirekte Kriterien stützen: hier findet die Hereditätsforschung und das Problem der Degenerationszeichen eine Stelle.

Bei diesem Stand der Frage zeigen sich deutlich zwei voneinander unabhängige Seiten. Nach der einen ist das Problem scheinbar gelöst, und zwar außerhalb aller Psychologie, mit rein „anthropologischen" Mitteln. Es genügt, die Gleichartigkeit des sozialen Verhaltens — den ständigen Rückfall in Kriminalität — und die Einflußlosigkeit des Milieus darzutun und nebenbei womöglich aus indirekten anthropologischen Faktoren die Wirksamkeit der Anlage zu erschließen. Damit wäre die Gruppe als kriminalanthropologische Einheit umgrenzt. Und doch taucht hinter diesem einen Gesichtspunkt der zweite, psychologische unabweisbar als der wichtigere wieder auf. Die anthropologische Rechnung hat nämlich ein Loch — ganz abgesehen davon, daß sie in ihrer Äußerlichkeit dem wissenschaftlichen Bedürfnis nicht genügen kann. Die Lücke wird sehr klar schon durch *Aschaffenburgs* Wort „Ausscheidung der geistigen Gebrechen" bzw. der Geisteskrankheit. In der Tat gehört also als negatives Kriterium dieser Gruppe die Ausschaltung geistiger Anomalien und Defekte, die mit solchen Nichtkrimineller identisch sind,

[1]) *Kurella*, a. a. O. Vgl. auch *Sommers* Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. VII, 3, S. 267 ff.

[2]) A. a. O.



zu ihrer Umgrenzung hinzu, und schon damit tritt eine psychologische Fragestellung in den bisherigen Gesichtspunkt hinein; und mit ihr erheben sich auch alle positiven Probleme der psychischen Artung dieser Menschen, und ob da wirklich eine Einheit, ein psychischer Typus vorliegt. Nun könnte man erwidern, letzteres sei gar nicht nötig, und es genüge, jene genannten Kriterien der kriminalanthropologischen Typik in der Hand zu haben. Allein diese tragen nicht weit; gerade die indirekten Kriterien der abnormen Anlage und Heredität finden wir auch bei nicht kriminellen Psychotischen; statistische Häufigkeitsverhältnisse entscheiden nie etwas über den einzelnen Fall; und so bleibt tatsächlich nur der ständige Rückfall als Erkennungsgrund dieser Gruppe übrig. Allein der einzelne Rückfallskriminelle ist nicht in jedem Milieu, sondern in seinem Milieu unverbesserlich; und wenn wir diese Unverbesserlichkeit dennoch verallgemeinern, so tun wir dies nicht auf Grund der für ihn vorliegenden äußerlich- kriminologischen Tatsachen, die doch zu allermeist nur recht zaghafte Induktionen gestatten sollten, sondern auf Grund des psychischen Wesens und Verhaltens des Einzelnen; und das geht auch den begeistertsten Anthropologen so. Woher denn sonst die Bezeichnung dieser Kriminellen aus Anlage als „moralischer Schwachsinn"? Dadurch, daß der Begriff der Moralität und des Schwachsinns hier auftreten, wird das Bedürfnis nach einer psychologischen Erklärung für die unverbesserliche Rückfallkriminalität zugestanden. Und gleichviel, ob diese Erklärung psychologisch befriedigt oder nicht, so enthält sie doch das grundsätzliche Zugeständnis, daß die „Anlage" bestimmte und einheitliche psychologische Strukturen erzeugt haben muß, und daß diese es sind, von denen das soziale Verhalten in seiner Besonderheit abhängig ist. Es ist nun doch gar nicht einzusehen, warum die Forschung gehalten sein soll, sich an ein in seinem Wesen so nebelhaftes Ding wie die Anlage zu klammern, um die Einheitlichkeit dieses kriminologischen Typus zu rechtfertigen — oder aufzugeben; vielmehr liegt entweder auch eine psychologische einheitliche Typik vor — dann soll man sie umgrenzen; oder sie liegt nicht vor, — dann soll man versuchen, den praktisch-kriminologischen Typus des unverbesserlichen Rückfallverbrechers in seine psychologisch zugrunde liegenden verschiedenen Typen aufzuspalten. Es ist nicht uncharakteristisch für das Unbefrie-



digende der anthropologischen Gruppenbildung, daß sie seit *Kurella*[1]) die Basis für einen Streit über die Zurechnungsfähigkeit derartiger unverbesserlich Antisozialer abgegeben hat. Hier, in diesem Streit, kehren doch notwendigerweise alle die Probleme der psychologischen Klärung und Fundierung dieser Typen wieder, welche die apsychologische Bezeichnung der kriminell Veranlagten ausgeschaltet hatte. In diesem Sinne drückt *Aschaffenburgs* Diagnose: „nicht geisteskrank, moralischer Schwachsinn" die ganze Verworrenheit des Gegenstandes trefflich aus.

Ich weis sehr wohl, daß ähnliche Gedankengänge in der Literatur des Problems der moral insanity nicht neu sind; sie wurden aber im Laufe der Diskussion immer ins Einseitige verschoben. Diese Diskussion endigte für gewöhnlich mit einer mehr oder weniger weitgehenden Verwerfung der somatisch-anthropologischen Forschungsrichtung. In der Tat ist die apsychologische Wendung der Lehre vom moralischen Schwachsinn durch den Forschungsgeist *Lombrosos* entstanden. Wir erfahren in seinem Werk von der eigentlichen seelischen Struktur seines reo nato immer nur recht summarische Behauptungen über die Analogien mit dem primitiven Menschen. Es ist selten, daß einmal etwas psychologisch Tiefergreifendes über die seelische Struktur seines ungeheuren Materials geäußert wird — außer der Beschreibung der Handlungen des betreffenden Falles und Angaben wie Reuelosigkeit oder Roheit, welche ihrerseits psychologische Fragen nicht beantworten, sondern aufgeben. Dennoch wäre es völlig verfehlt, aus dieser grundsätzlichen Tendenz, außerhalb des Psychologischen zu verbleiben, auf die Wertlosigkeit dieser Gruppenbildung und der Forschungen, die zu ihr führten, schließen zu wollen. Das ist — zum Teil auf Grund der vorher entwickelten Gedankengänge — ja vielfach geschehen. Aber das Gegenteil ist richtig; nur diese Forschungen allein hielten doch ständig das Wissen um die Existenz von Menschen wach, die kriminologisch wirklich eine besondere Gruppierung erfordern, und stellten damit zwar keine irgend wie geartete „anthropologische" Lösung ihrer Aufgabe zur Diskussion, wohl aber nötigten sie zur Anerkennung des Bestehens einer Aufgabe

[1]) *Kurella*, Zurechnungsfähigkeit, Kriminalanthropologie, 1903. Siehe auch *Binswanger*, Über den moralischen Schwachsinn, Berlin 1905. 9; 34 ff.



für die Psychopathologie. Diese kann nicht mit einer theoretisch begründeten Ablehnung über die Tatsache der kriminologischen Sonderstellung dieser Gruppe hinweggehen.

Das Wissen um die Existenz solcher vom Milieu fast unbeeinflußbarer Antisozialer hat in der Tat der Praktiker und Gutachter schon lange gehabt; jeder von uns Psychiatern kennt solche Fälle. Um einige markante Beispiele aus der Literatur herauszugreifen, erinnere ich nur an die *Sander*schen Fälle [1]), an die besonders reiche Materialsammlung von *Longard* [2]), einen Teil der schönen Fälle *Baers* [3]) und an den neuen, außerordentlich bedeutsamen Fall von *Mayer* [4]) mit seinen exakten Feststellungen zur Heredität. Wenn ein Forscher wie *Kraepelin* sich „dem gewaltigen Eindruck nicht entziehen" kann, „den der gleichzeitige Anblick einer größeren Zahl von Zuchthausgefangenen" in diesem Sinne auf ihn gemacht hat, so will das schon etwas für die Existenz des reo nato sagen. Ebenso, wenn *Longard* den erschütternden Gesammteindruck seiner Fälle in den Worten zusammenfaßt: „Wer als Gefängnisarzt und Gerichtsarzt an einem großen Materiale dem Ursprung des Verbrechertums und der Natur und dem Werdegang des Verbrechers nachgeht, dem drängt sich allerdings, je vertrauter er mit diesen Verhältnissen wird, immer mehr die Überzeugung auf, daß es nicht berechtigt ist, der *Lombroso*schen Lehre sich so ablehnend gegenüberzustellen, wie dies von vielen Seiten auch heute noch geschieht. Daß es geborene Verbrecher gibt, Individuen, welche durch ihre fehlerhafte Anlage instinktiv auch ohne Hinzutritt äußerer ungünstiger Verhältnisse zu einer asozialen und antisozialen Lebensführung gedrängt werden, das ist mir nicht der mindeste Zweifel." [5])

Ein solcher Zweifel bestand aber lange Zeit, und gerade bei denjenigen Forschern, deren psychologische Tendenz besonders deutlich war. Er richtete sich wider die Berechtigung der psycholo-

[1]) *Sander-Richter*, Die Beziehungen zwischen Geistesstörung u. Verbrechen, Berlin 1886, I u. II der Gutachten.

[2]) *Longard*, Über moral insanity. Archiv f. Psychiatrie Bd. 43.

[3]) *Baer*, Über jugendliche Mörder und Totschläger. *Groß'* Archiv XI, S. 103 ff.

[4]) *Mayer*, Moralische Idiotie, Festschrift für Forel, Journal f. Psych. u. Neur. Bd. XIII.

[5]) A. a. O. S. 227.

gischen Begriffseinheit des moralischen Schwachsinns. Man sah ein, daß diese Bezeichnung, solange sie der psychologisch einheitlichen Fundierung ermangelte, ein leeres äußerlich anhaftendes Etikett war, das über das Wesen des betr. Menschen und dessen Beziehung zur Antisozialität gar nichts ausmachte, das also kriminalpsychologisch keinen Fortschritt brachte. Und nun nahm man sich den psychologischen Begriff des moralischen Schwachsinns vor und stellte fest, daß er einen Grund für das Versagen gegenüber moralischen Anforderungen gar nicht enthalten könne, denn um einen solchen Grund zu enthalten, müßte er zur Voraussetzung haben, daß Moralität eine in sich geschlossene psychologische Funktion oder Eigenschaft sei, wie z. B. das Gedächtnis oder die Sinneswahrnehmung. Das sei aber nicht der Fall. Mithin könne es auch keinen Defekt in dieser fiktiven psychischen Funktion geben. Und wenn jemand dauernd unmoralisch handele, so müsse das seinen Grund in seinen übrigen seelischen Fähigkeiten haben und sich auch in ihnen äußern, z. B. als allgemeiner Intelligenzdefekt oder dergleichen. Ein isolierter moralischer Schwachsinn ohne weitere seelische Anomalien sei jedenfalls psychologisch unmöglich.

Es ist, soviel ich sehe, nur *Bleuler*[1]) gewesen, der in einer sehr bedeutsamen Arbeit diese Argumentation vom Standpunkte der Psychologie aus zu erschüttern versuchte.

Obwohl er zunächst auch die anthropologisch-somatischen Lehren *Lombrosos* gegen die Angriffe damaliger Kritiker zu verteidigen unternahm — und zwar mit Erfolg —, so war ihm doch klar, daß das Wesen der Lehre vom reo nato in dessen „Auffassung als psychologisch definierte Gruppe“ [2]) gipfeln mußte, womit alle anthropologisch-somatischen Fragen, die Lehre von den Degenerationszeichen etc., — gleichviel ob haltbar oder nicht — von „sekundärer Bedeutung“ werden mußten. *Bleuler* gibt auch ohne weiteres zu, daß Moral nichts Angeborenes sei; die moralischen Vorstellungen und die daran geknüpften Gefühle würden erworben, entstammten somit dem Milieu. Er unterscheidet aber von diesen Inhalten und Bestandteilen der Moral, die nicht angeboren sind, die Fähigkeit, sie im Leben verwerten zu können. Diese kann defekt, „und dieser Defekt kann angeboren sein“ [3]). „Wer also den Schluß zieht, weil die Moral nicht angeboren ist, deshalb gibt es keinen geborenen Verbrecher, der macht

[1]) *Bleuler*, Der geborene Verbrecher. München 1896.

[2]) A. a. O. S. 14.

[3]) A. a. O. S. 20.



sich der gleichen Erschleichung schuldig, wie der, welcher behaupten wollte, weil die Sprache nicht angeboren sei, gebe es keine geborenen Stummen [1]."

Ebenso wendet sich *Bleuler* gegen die Behauptung, es sei psychologisch gefordert, daß ein solcher Defekt sich auch außerhalb des moralischen Vorstellungs- und Gefühlslebens bemerkbar mache und sich nicht hier isoliere. Er behauptet demgegenüber, es gebe „besondere" Funktionen der Hirnrinde, „welche in ihrer Gesamtheit den Charakter und die Moral des Individuums bestimmen", und diese „können isoliert defekt sein" [2]. Zur Begründung verlangt er von dem Zweifler zuerst den Beweis des Gegenteils. Dann zeigt er ganz richtig, daß Intellekt und Moral unabhängig voneinander in der Höhe ihrer Ausbildung variieren können, kommt darauf zurück, daß eine angeborene Anlage von Fähigkeiten da sein muß, um die moralischen Inhalte erwerben und verwerten zu können, und tut dar, daß diese Anlage nicht die „Intelligenz" zu sein braucht; „es gehört merkwürdig wenig Intelligenz dazu, um sich eine gute Moral zu verschaffen". Hieraus folgert er dann: „Wir sehen also, daß die Moral sich ganz verhält wie die anderen psychischen Eigenschaften; Gedächtnis, Intelligenz, Gemüt, Phantasie, ästhetische Begriffe und Gefühle, Affekte, Selbstbeherrschung etc. sind ganz unabhängig voneinander... Ein Parellelismus in der Entwickelung dieser verschiedenen Eigenschaften ist nur insofern vorhanden, als bei Schädigung des ganzen Gehirns alle inferior sein müssen, wenn auch in sehr verschiedenem Grade, und als bei starkem Defekt der einen die Wahrscheinlichkeit für Intaktheit der andern sehr gering ist." „Wenn nun die Moral unabhängig von den intellektuellen Eigenschaften innerhalb sehr großer Grenzen variiert, so ist nicht abzusehen, warum sie nicht in manchen Fällen, wo der Verstand sich innerhalb der Breite des Gewöhnlichen hält, so tief sinken könne, daß das Individuum... Versuchungen nicht widerstehen kann und zum Verbrecher wird. Solche Leute nennt *Lombroso* rei nati, manche Psychiater nennen sie moralisch Irre oder moralisch Imbezille, moralische Idioten. [3])"

---

[1]) A. a. O. S. 21.

[2]) A. a. O. S. 21.

[3]) A. a. O. S. 24. *Bleuler* gebraucht hier, wie wir es auch taten, die Bezeichungen reo nato und moralisch Schwachsinniger synonym. Das ist ungenau. Ersteres hat den Sinn einer kriminologischen, letzteres den einer psychologischen Einheit; erstere ist normativ, letztere deskriptiv begründet. Praktisch ist die Synonymie deshalb nicht schlimm, weil wir die kriminologische Einheit des reo nato auf die psychologische des ethischen Schwachsinns zurückbeziehen und erklären. Aber beide Begriffe decken sich nicht. Es ist auch ein reo nato denkbar, der durch andere psychologische Defekte zu seiner kriminellen Rolle gekommen ist; ebenso wie nicht jeder moral insane kriminell zu werden braucht. Aber das sind vorwiegend theoretische Bedenken!



Hierzu ist nun folgendes zu bemerken: Zweifellos wäre die *Bleuler*sche Lösung des Problems der moral insanity ebenso endgültig und befriedigend wie sie konsequent ist, wenn sie nur wirklich irgend etwas Positives darüber ausmachte, was Moral ihrem psychologischen Wesen nach eigentlich ist und durch welche „besondere" Funktionen sie bewußt und praktisch verwertbar wird. Leider sagt *Bleuler* hierüber nichts. Er kommt über bloße gelegentliche Bemerkungen nicht hinaus. Es geht nicht an, daraus, daß der Stand der Intelligenz mit dem „Besitz von Moral" nichts zu tun habe, zu schließen, daß die Fähigkeit zum Erwerb von Moral an eine besondere psychische Funktion geknüpft sei. *Bleuler* hat freilich Recht, wenn er vom Bestreitenden den Beweis des Gegenteils verlangt. Er hat überhaupt in einem großen Teil seiner Behauptungen Recht. Doch müßte der Beweis hierfür durch einige theoretische Erwägungen besonders zu führen sein.

Um an *Bleuler*s Analogie anzuknüpfen: Moral ist nicht wie Sprache ein Komplex, der psychologisch auf eine große Reihe einzelner Innervationen und ebenso einzelner kinästhetischer Innervationsbewußtheiten zurückgeht, die ihrerseits mit akustischen Einzelinhalten und den auf sie bezüglichen Bedeutungserlebnissen verknüpft sind; ein Komplex, der in allen seinen Einzelheiten einübbar und vergeßbar ist und dessen Funktionieren überdies an eine Reihe von Hirnapparaten gebunden ist, die den elementaren sensorischen, Verknüpfungs- und Innervationsfunktionen in eindeutiger physiologischer Weise zugrunde liegen.

Eben weil Moral ihrer ganzen Struktur nach etwas völlig Anderes, formal und inhaltlich viel weniger Greifbares und Umrissenes und vielmehr innerhalb der Subjektivität der einzelnen Psyche sich Ausbildendes ist (wobei freilich die objektiven Geltungskriterien der Moral, die hier nicht zur Diskussion stehen, sorgfältig abzulösen sind von der psychologischen Bewußtseinsvertretung und Ausbildung der Moralelemente in der einzelnen Seele) —, darum kann der *Bleuler*sche Vergleich der Amoralität mit den Aphasien niemals mehr bedeuten als ein geistreiches Bild, das uns über den allgemeinen und gewiß von niemand bestrittenen Satz belehrt, daß auch erworbene psychische Inhalte entsprechende angeborene Funktionsweisen zur Voraussetzung haben. Um sich gegenseitig zu verständigen, muß man von den Bedeutungen, die im gewöhnlichen Sprachgebrauch des Wortes



Moral ziemlich verschmolzen gemeint sind, einige sorgfältig voneinander trennen.

Zunächst gehört hierzu das objektive Prinzip des sittlichen Handelns überhaupt. Die Begründung und die Kriterien dieses Prinzips sind Aufgabe der praktischen Philosophie und Ethik; und eben dahin gehört auch das Problem der transzendentalen Freiheit als Grund der Möglichkeit, das ethische Gesetz, welches jenseits aller Erfahrung gründet, in der rein empirisch determinierten Seele ausschlaggebend zu machen. Es ist an dieser Stelle überflüssig zu erörtern, wieweit die tranzendentale Kritik dieser Probleme sich empirisch psychologischer Methoden zu bedienen hat.

Hier kommt dieser ganze Begriff von Moral nicht in Frage, sondern vielmehr die beiden folgenden Bedeutungen.

Zweitens ist unter Moral zu verstehen eine Summe von Anschauungen, Meinungen und Werturteilen über das Verhalten des Einzelnen innerhalb der Sozietät und den Wert bestimmter Motive dieses Verhaltens. Eine solche Summe von Meinungen, ohne alle Rücksicht auf die Art ihrer Begründung, bildet sich in jeder sozialen Vergemeinschaftung heraus; sie ist inhaltlich abhängig von der Erfahrung, der psychologischen Artung und Ausbildungshöhe ihrer Glieder, von den in Frage kommenden einzelnen Interessen etc. Infolgedessen schwankt sie zeitlich und örtlich in den einzelnen Verbänden und Kulturkreisen.

Drittens verstehen wir unter Moral die psychische Fähigkeit des einzelnen Menschen, moralischen Antrieben in seinem Handeln Folge zu geben. Die moralischen Antriebe sind hierbei wieder in einem doppelten Sinne begriffen: einmal im Sinne des moralischen Prinzips, zweitens im Sinne der zweiten Bedeutung von Moral. In der Tat besteht nämlich eine bestimmte objektive Beziehung zwischen der ersten und zweiten Bedeutung von Moral, insofern, als das sittliche Prinzip als solches das von aller Erfahrung unabhängige Kriterium der Berechtigung jener empirischen Moralbildungen ist. Denn diese sind nicht zufällige soziale Produkte, unabhängig vom wahren moralischen Prinzip, sondern entstehen unter dem Gesichtspunkt, daß das sittliche Prinzip in seiner apriorischen Allgemeinheit, um innerhalb der einzelnen empirischen Situationen bestimmte Anwendungsmöglichkeiten zu finden, sich aus den Voraussetzungen dieser empi-

rischen Situationen jeweils mit Inhalten beladen muß. Auf Grund dieses Erfordernisses kommt es überhaupt erst zur Bildung von Moral in der zweiten Bedeutung. Und es ist hierbei sowohl klar, wie die sozialen Zustände und Interessen jeweils verschiedene Inhalte dieser Moralbildungen erzeugen können, als auch — besonders wenn das moralische Prinzip selbst nicht hinreichend deutlich im individuellen Bewußtsein der Glieder jener Sozietäten zum Durchbruch kommt — Inhalte entstehen lassen, die mit dem sittlichen Prinzip gar nichts zu tun haben oder ihm gar widersprechen [1]). Dennoch bleibt das sittliche Prinzip das Korrektiv derartiger Moralen.

Vor dem Bewußtsein des Einzelnen — was an dieser Stelle allein interessiert — äußert sich das so, daß er glaubt moralisch zu handeln, wenn er der für ihn herrschenden generellen Moral in seinem eigenen Handeln folgt, ohne Rücksicht auf Schaden oder Nutzen, oder wenn er ihr zuwiderhandelt auf Grund einer Überzeugung davon, daß die generelle Moral dem moralischen Prinzip, so wie es ihm bewußt ist, widerspricht. Der Einzelne kann also wider die Moral in der zweiten Bedeutung und doch moralisch in der ersten Bedeutung handeln.

Diese inhaltlich etwas verwaschene und sehr weit umgrenzte Bedeutung wohnt dem Begriff der moralischen Antriebe inne. Es fragt sich für die dritte Bedeutung des Wortes Moral, was es psychologisch besagt, moralischen Antrieben bei seinem Handeln Folge geben zu können. Denn hier liegen die Wurzeln der Moralität des Einzelnen; und ein Defekt der Moralität müßte auch im Sinne von *Bleuler* ein Defekt in diesen psychologischen Wurzeln sein. Eine psychologisch erschöpfende Antwort auf diese Frage könnte nur aus einer psychologischen Theorie des Entschlusses abfolgen. Wir wollen uns hier aber nicht theoretisch festlegen, soweit ist der Bearbeitungsstand dieser Materie noch nicht gediehen; wir wollen uns mit der Aufzeigung einiger für unseren Zweck hinreichender Merkmale begnügen, auf die Gefahr hin, mit ihnen das eigentliche Wesen der Sache nicht restlos zu treffen.

Unterscheiden wir das Handeln auf Grund von Trieben von dem Handeln nach Antrieben, die ihrerseits als Motive des Handelns im Bewußtsein sind. Sind diese letzteren Antriebe mit einem bestimmten,

[1]) Strandrecht. Brigantenfrömmigkeit. Jus primae noctis.



nicht ohne weiteres anschaulich vorstellbaren Inhalt versehen, so ist ein Bewußtsein von ihnen nur durch Reflexion möglich.

Beim Handeln nach Trieben, wenn man will bei „instinktivem" Handeln, kann der die Handlung bewirkende Trieb oder Impuls auch im Bewußtsein sein; aber stets als unmittelbares Erlebnis, niemals reflektiert; erst nach der Handlung kann dann auf dieses unmittelbare Erlebnis auch reflektiert werden. Der Trieb braucht aber gar nicht ins Bewußtsein zu treten. Wäre nun das reine moralische Prinzip des Guten, welches als apriorischer Begriff gar nichts Anschauliches hat, der Antrieb des Handelns, so wäre dieses eigentlich und absolut sittliche Handeln immer ein solches, dessen Motiv in reflektiertem Bewußtsein gegeben wäre. Für diesen Grenzfall sittlichen Handelns wäre die Aufzeigung der psychologischen Voraussetzungen also klar: das Individuum müßte in der Lage sein, das sittliche Prinzip sich durch Reflexion ins Bewußtsein zu heben, d. h. es bedürfte einer bestimmt ausgebildeten Verstandeshöhe; es müßte ferner imstande sein, dies Prinzip auf eine bestimmte Situation anzuwenden, wozu eine weitere Verstandesarbeit gehört; es müßte endlich imstande sein, dies Prinzip zum Motiv seines Handelns zu machen; d. h. die übrigen Triebe und Antriebe, die auf das empirische Bedürfnis und Gefühlsleben zurückgehen, dürften nicht so stark sein, daß der die Handlung erzwingende Wille nicht stärker wäre, und dieser andererseits müßte von der Reflexion, welche dies Prinzip ins Bewußtsein gehoben hat, zielrichtend geleitet werden können. Wir sehen also hier, bei der eigentlichen und im engsten Sinne moralischen Handlung, eine ganze Reihe psychologischer Voraussetzungen, deren jede, falls sie fehlt, sowohl die Moralität der Handlung in Frage stellen würde, als auch sich in anderen psychischen Wirkungen äußern müßte. Sind die Instinkte und elementaren Grundtriebe in ihrer Wirkung auf das Willensleben so abnorm mächtig, daß sie den Einfluß der Reflexion paralysieren, so kommen die verschiedenen Formen affektiver Anomalien, der hysterische und epileptoide Charakter, zustande — je nach der speziellen Ausgestaltung des Verhältnisses der Triebe zueinander und deren Art. Ist der Wille abnorm schwach, so ergeben sich manche Typen psychopathischer Haltlosigkeit. Versagt die Reflexion, so müssen sich Schwachsinnsformen ergeben. In keinem Falle entsteht ein spezifischer Moraldefekt; die moralische Minderwertigkeit ist

immer nur ein besonderer Ausdruck einer allgemeineren und direkt faßbaren psychischen Anomalie. Die Forderung *Berzes*[1]), „direkte, aus der Erscheinungsweise des Defektes selber abgeleitete Kriterien“ für das Vorliegen eines Moraldefekts als allein maßgeblich anzustreben, kann also gar nicht erfüllt werden; und wir wissen uns mit diesem Forscher einig, wenn er nachweist, derartige Versuche „können kein brauchbares Ergebnis liefern“. Andererseits hat er Recht damit, wenn er ausführt, der Schwachsinn (und ebenso die affektiven und Willensanomalien) seien ein „indirektes“ Beweismittel, das „fälschlich zum Range eines direkten“ für das Vorliegen von moralischem Schwachsinn erhoben werde[2]).

Nun war allerdings der besprochene Fall einer im engsten Sinne und absolut moralischen Handlung nur ein Grenzfall; und wir müssen uns sorgsam vor jeder Schematisierung hüten, sobald wir an die Beurteilung des wirklichen Lebens herantreten. Für dieses ist Moral eben nicht das reine Prinzip, sondern der Inbegriff eines ziemlich komplizierten Konvoluts von Dingen, die wir oben im Umriß dargelegt haben. Diese stehen auch als Antriebe von Handlungen in einem viel unklareren, vielfältigeren und verwischteren Verhältnis zum Bewußtsein, zur Reflexion und zum Handeln, als es das reine Prinzip in unserem Grenzfalle tat. Hiervon muß im folgenden noch einiges in Erwägung gezogen werden.

Das Bewußtsein nämlich um alle jene Meinungen, Wertungsweisen und Motive, deren Summe wir als Moral in der zweiten Bedeutung zusammengefaßt haben, ist in ziemlich weitem Maße unabhängig vom Bewußtsein um das reine sittliche Prinzip. Letzteres kommt freilich immer nur reflexionell zustande. Der erstgenannte Inbegriff von Moral, die Zeitmoral, wie sie im folgenden genannt sei, kann auf mannigfach andere Weise als durch eigene subjektive

---

[1]) A. a. O. S. 128.

[2]) Logisch wäre auch der Fall denkbar, daß das apriorische Moralprinzip in der Organisation des Geistes überhaupt fehlte. Allein mit der Annahme dieser logischen Möglichkeit würde ein unlösbares philosophisch-ethisches Problem gesetzt — dem hier nicht gefolgt werden kann —, und überdies würde das Zutreffen dieser Annahme im einzelnen Falle niemals empirisch entscheidbar sein. Die Diskussion dieser vierten Möglichkeit entfällt daher für den vorliegenden empirisch-psychologischen Zweck.

Reflexion, die ja eine besondere intellektuelle Eigenleistung darstellt, in seinen verschiedenen Bestandteilen ganz oder teilweise bewußt gemacht werden. Wäre das anders, wäre der Erwerb und die Verwertung der Zeitmoral im Leben nicht wesentlich leichter und mehr Individuen zugänglich, als das nur durch eigene geistige Arbeit erzielbare Bewußtsein des Sittengesetzes, — so müßte ausnahmlos bei jedem Menschen beides nebeneinander bestehen. Dann aber müßte konsequenterweise die Zeitmoral einen großen Teil ihres Wertes für den einzelnen Menschen verlieren, da er ja am Wissen um das wahrhaft Sittliche seinen wahren Maßstab allen Tuns und Lassens hätte; und ferner dürfte es dann überhaupt keine Zeitmoral geben, die dem sittlichen Prinzip in irgend einem Punkte widerspräche. Denn da nach dieser Unterstellung jeder Einzelne um dieses Prinzip ebenso wüßte, wie um die Zeitmoral, so hätte er ja stets die Möglichkeit, deren Inhalt an ihm zu messen und zu korrigieren.

Nun ist das aber zweifelsohne nicht so. Einmal finden wir viele Inhalte der Zeitmoral von verschiedenen geographischen und historischen Kulturkreisen untereinander widersprechend und vom moralischen Ideal verschieden weit entfernt; zweitens aber gibt es nur relativ selten Fälle, wo eine der Zeitmoral zuwiderlaufende Einzelhandlung dennoch subjektiv moralisch bleibt. Wir haben schon oben dargelegt, daß die psychologische Voraussetzung eines solchen als moralisch empfundenen Widerspruchs zur Zeitmoral im Besitze des Bewußtseins um das sittliche Prinzip besteht, dem irgend eine Wertung der Zeitmoral nicht entspricht. Daß solch ein Widerstreit nur relativ selten und nur bei solchen Menschen vorkommt, die im Verhältnis zu der sozialen Gemeinschaft ein besonders hoch entwickeltes geistiges und sittliches Niveau haben, das beweist schon, daß das Bewußtsein des reinen Moralprinzips und seine Betätigung neben und über der Zeitmoral ein Plus an geistiger Leistung erfordert gegenüber der Aneignung und Betätigung der Zeitmoral. Letzteres ist psychologisch wesentlich einfacher. Es bleibt dabei der philosophischen Ethik und Moralkritik überlassen zu bestimmen, wieweit man bei der Betätigung der Zeitmoral überhaupt von Moralität im strengen Sinne reden darf; wir haben es hier mit den psychologischen Grundlagen einer Betätigung zu tun, welche in der Praxis des Lebens eben auch als moralisches Verhalten bezeichnet wird. Wir stellen nur fest, daß diese psycholo-




gischen Grundlagen die Ausbildung der geistigen Funktionen und speziell des selbständigen Denkens weit weniger in Anspruch nehmen, als die absolut sittliche Betätigung auf Grund autonomen Pflichtbewußtseins. In diesem Sinne nannten wir vorhin das absolut moralische Handeln einen psychologischen Grenzfall.

Das Bewußtsein der Zeitmoral ist also dem Einzelnen weit leichter zugänglich. Das hat zwei Gründe. Beide stehen in einer klaren Beziehung zueinander. Der eine ist die Struktur der Zeitmoral, der andere die Art, wie sie überliefert wird.

Über die Struktur der Zeitmoral soll fragmentarisch nur soviel gesagt werden, als für unsere psychologischen Folgerungen unbedingt wesentlich ist. Da ist zuerst zu berücksichtigen, daß sie eine deutliche teleologisch begründete Tendenz zur Erhaltung des Gemeinschaftsbestandes ist, für den sie gilt, und zwar in der zeitlichen gegenwärtigen Beschaffenheit ihrer Geltung. D. h. sie nimmt inhaltlich alle diejenigen bereits bestehenden Meinungen als Grundlagen ihres Wertes mit auf, die hinsichtlich der Psychologie des Einzelnen ganz zufällig sind und von ihm äußerlich angenommen und befolgt werden müssen, ohne daß sie in irgend eine Beziehung zu seinem subjektiven Wesen zu treten oder gar dessen Ausdruck zu sein brauchen. Und ferner: zur Sicherung der Verbindlichkeit ihrer Inhalte appelliert sie nicht an irgend eine moralische Reflexion des Einzelnen, sondern vorwiegend an eine gefühlmäßige moralische Gestimmtheit, die letzten Grundes in den sozialen Trieben und Instinkten, dem Schwächegefühl des Einzelnen gegenüber der Masse und dem Wunsch unerschwerter Bedürfnisbefriedigung wurzelt. In diesem Sinne haben die englischen Empiristen schließlich Recht, daß sie seit *Shaftesbury* von „moralischen Gefühlen" reden; bloß daß der altruistische Charakter dieser Gefühle erst ein sekundäres Produkt sozialer Domestizierung durch die Wirksamkeit der Zeitmoral ist. [Über den Ressentimentcharakter dieser altruistischen Bildungen, den zuerst *Nietzsche* psychologisch erfaßt hat, vergleiche man die vortrefflichen phänomenologischen Untersuchungen *Schelers*[1]) und *Furtmüllers*[2])]. Wenngleich dieser ganzen Struktur objektiv ein teleologisches Moment innewohnt, so ist — das

[1]) Ressentiment u. moral. Werturteil, Leipzig 1912. Sympathiegefühle und Liebe etc. Halle 1913.

[2]) Psychoanalyse und Ethik, München 1912.



braucht wohl nicht erst gesagt zu werden — dasselbe der subjektiven Seinsweise im einzelnen Bewußtsein durchaus fremd; wenigstens in den meisten Fällen. Die gefühlmäßige moralische Gestimmtheit, welche wir als den subjektiven Grund der Verbindlichkeit der Zeitmoral für den Einzelnen erkannt haben, ist ein höchst verwaschenes assoziatives Produkt aus Instinkten, Trieben, Gegenantrieben und den durch den Domestikationsprozeß gesetzten Umbildungen primärer psychischer Faktoren.

Aber das gehört schon zum zweiten Grund der subjektiven Wirksamkeit von Zeitmoral: der Art, wie sie ins einzelne Bewußtsein überpflanzt wird. Auch hiervon soll nur soviel angedeutet werden, als notwendig ist, um die subjektiven Voraussetzungen von Moralität im Sinne der Zeitmoral für unseren Zweck sichtbar zu machen.

Die Zeitmoral wird anerzogen. Die Inhalte ihrer Bestimmungen werden dem heranwachsenden Kinde eingeprägt und die Unterwerfung der Handlungen unter sie durch die Macht der Umwelt, Beispiel, Lohn, Strafe und Zwang erreicht. Demgemäß braucht das Wissen um die Inhalte der Zeitmoral beim einzelnen Falle durchaus noch nicht auf reflexioneller Arbeit zu beruhen, sondern kann ein einfacher reproduktiver Akt sein. Auch das Verstehen dieser Bestimmungen braucht sich durchaus nicht reflexionell zu vollziehen; es kann an der Hand anschaulich erlebter Beispiele, die reproduziert werden, an der Hand eigener erfahrener unliebsamer Folgen bei Nichtbeachtung dieser Bestimmungen gegeben sein. Die Inhalte der Zeitmoral können also in einem viel größeren Umfang anschauliche, erlebnisartige und direkt reproduzierte Elemente ins Bewußtsein des Einzelnen treten lassen, als das bei dem Urteilscharakter dieser Inhalte von vornherein zu erwarten wäre. Schon dies ist sehr wichtig zur genaueren Bestimmung der Art des Antriebes bei moralischem Verhalten im Sinne der Zeitmoral. Das Bewußtsein des Antriebs braucht hier durchaus kein reflektiertes zu sein; diese Antriebe sind als unmittelbar bewußt für die Handlung gegeben. Dadurch entsteht eine Analogie der in diesem Sinne moralischen Handlungen mit den instinktiven, besonders bei steter Einübung. Natürlich können auch reflexionelle Momente für das Erfassen der Inhalte hinzutreten; aber diese brauchen sich nicht wesentlich über die primitiven Leistungen alltäglicher einzelner Zweckurteile hinauszuerstrecken. Es handelt sich ja im



wesentlichen immer um einfachste Dinge: zu bedenken, ob Schädigungen anderer an Leib und Eigentum durch irgendein Tun entstehen können. Schon aus dieser Bestimmung über die Bewußtseinsart der Inhalte von Zeitmoral ersieht man, eine wie geringe intellektuelle Leistung sie erfordern. Und hieraus würde für den moralischen Schwachsinn in der Tat die *Bleuler*sche Feststellung einer weitgehenden Unabhängigkeit der Moral von der Intelligenz sich ergeben. Mindestens in dem Sinne, daß weitgehender intellektueller Schwachsinn sich dennoch die Inhalte der Zeitmoral zu eigen machen kann; der zweite Teil des Nachweises dieser Unabhängigkeit der Moralität von der Intelligenz: daß nämlich bei relativ genügender Intelligenzentwicklung ein moralischer Defekt bestehen könnte, ist damit noch nicht beantwortet. Hierfür liegt die Entscheidung gänzlich bei den psychologischen Gründen für die Verbindlichkeit der zeitmoralischen Normen.

Bevor wir dies erörtern, seien noch zwei Bemerkungen gestattet. Nämlich erstens glaube ich *Berze*s Dreiteilung der subjektiven Grundlagen von Moral in „Gefühlsmoral", „Verstandesmoral" und „Pseudomoralische Hemmungen"[1]) durch die erörterte Zweiteilung ersetzen zu sollen. Diese entspricht faktisch eher dem Wesen der psychologischen Wirksamkeit von Moral. Das Bewußtsein um die Norminhalte, welches *Berze* als Verstandesmoral bezeichnen würde, ist eben zum größten Teile nicht Funktion des Verstandes. Und soweit dieser dabei beteiligt ist, wirkt er meist in dem, was *Berze* pseudomoralische Hemmungen nennt, mit. Aber es gehen auch Teile der „Gefühlsmoral" in dieses Bewußtsein mit ein. Auf der anderen Seite entspricht das Anerkennen der Verbindlichkeit dieser Normen durch die moralische Haltung nicht restlos, wenn auch großenteils, dem *Berze*schen Begriff der Gefühlsmoral; jedoch kommen auch hier teilweise „pseudomoralische Hemmungen" hinzu.

Zweitens zeigt auch diese theoretische Überlegung wieder, daß dem Begriff der Einsicht in die Strafbarkeit einer Handlung, wie er als Bestimmungsstück des § 56 RStGB. fungiert, nicht die Auslegung einer Kenntnis der Strafbarkeit gegeben werden sollte, wie dies die Entscheidungen des Reichsgerichts zeitweise taten. Denn diese bloße Kenntnis setzt, wie wir nach den obigen Erörterungen sagen dürfen, nur die elementarsten Äußerungen geistiger Tätigkeit voraus, die auch ein sehr schwachsinniges Kind haben kann; sie eximiert also gar nicht diejenigen von der Verantwortlichkeit, die trotz der Kenntnis des Inhalts der Norm keine psychologische Möglichkeit haben, die Verbindlichkeit derselben für das eigene Verhalten zu erfassen und anzuerkennen.

[1]) A. a. O. S. 137.



Um nun auf die Gründe der Verbindlichkeit von Zeitmoral einzugehen, so kommen sie in ihrer Gesamtheit ungetrennt zu undeutlichem Bewußtsein; wir bezeichneten das vorher als moralische Gestimmtheit. Die subjektive Seite dieser Gestimmtheit geht uns hier nicht weiter an; objektiv kann man sie in solche Faktoren zerlegen, deren positives Vorhandensein eo ipso zur Geltung der Zeitmoral beiträgt, und zweitens in solche den Triebregungen angehörigen Faktoren, deren Realisierung in irgend einer sozialen Situation der Zeitmoral widerspräche, die also fehlen oder überwindlich sein müssen, damit die subjektive Geltung der Zeitmoral gesichert ist. Wir werden diese beiden Faktorengruppen als positive und negative psychische Bedingungen der subjektiven Geltung von Zeitmoral bezeichnen.

Die positiven psychischen Bedingungen der Verbindlichkeit von Zeitmoral zerfallen wieder in solche, die innerlich in der Anlage jedes Menschen von vornherein gegeben sind; die Kenntnis der Zeitmoral trifft in ihnen auf präformierte psychische Gebilde, kraft deren sie eine besondere subjektive Bedeutung erlangt, behalten, weiterverarbeitet und für Entschluß und Handlung fruchtbar gemacht wird. Wir bezeichnen sie nicht ganz genau als Gefühlsgrundlagen der Verbindlichkeit von Zeitmoral. Hinzu kommen zweitens äußerlich erzeugte psychische Faktoren, deren Möglichkeit zwar dispositionell gesichert sein kann, ohne daß aber diese Dispositionen irgend etwas gleichartiges oder auch nur typisches zu haben brauchen. Erziehung und andere Momente äußerer Einwirkung aktualisieren aus ihnen eine Reihe psychischer Gebilde, welche besonders als Gegenantriebe und Hemmungen im Entschluß wirksam werden. Wir bezeichnen sie daher ebenfalls nicht ganz genau als die Hemmungsgrundlagen der Geltung von Zeitmoral.

Unter die Gefühlsgrundlagen ordnen wir alle diejenigen Momente ein, die man als „soziale Instinkte“ zusammenfassen könnte. Hierher gehört der Geselligkeitstrieb *Burke*s und der alten Engländer. Er entspringt aus den Tendenzen einer möglichst erleichterten und gesicherten Bedürfnisbefriedigung. Hierher gehören auch alle Sicherungen und Ressentiments der Ohnmacht des einzelnen gegenüber der Gesamtheit; aber auch Faktoren wie Bequemlichkeit und Suggestibilität. Psychologisch läßt sich über die subjektiven Weisen des Bewußtseins dieser Gefühlsgrundlagen recht wenig weiter aussagen.



Bei den Hemmungsgrundlagen muß man die durch Erziehung gesetzten von den durch die Umstände der sozialen Situation erzwungenen unterscheiden. Die von der Erziehung geleistete Arbeit besteht im wesentlichen darin, die Kenntnis der zeitmoralischen Normen zu vermitteln und für ihre Beachtung an die Gefühlsgrundlagen in geeigneter Weise zu appellieren. Dadurch werden diese dem Subjekt wichtig und im Entschluß ausschlaggebend. Es handelt sich dabei nicht nur um eine intensive Verstärkung der Gefühlsgrundlagen, sondern um eine Hemmung und Ausschaltung der Triebe und Antriebe, die ihnen entgegenstehen. Welches diese sind, davon ist unten bei den negativen Bedingungen der Geltung von Zeitmoral die Rede. In dem Sinne dieser Hemmungserzeugung ist Erziehung Willensbildung. Das Kind lernt sich zu beherrschen; und zwar indem als Erfolg dieser Willensanspannung das Bewußtsein der Moralität resp. Legalität seinem Selbstgefühl schmeichelt, den oben angedeuteten Ressentiments huldigt, und endlich indem andere und gleichstarke Wünsche, die nur nicht aktuell waren, durch die Aussicht auf Lohn ideell befriedigt werden; auch wenn dieser Lohn — religiös motiviert — erst im Jenseits verheißen ist oder in der Wertschätzung der Allgemeinheit liegen soll.

Das suggestible Moment gerade der kindlichen Psyche wird durch die Autorität des Erziehers für die Verbindlichkeit der Zeitmoral fruchtbar gemacht.

Hinzu treten im weiteren Leben die Zwangsmittel der Sozietät und insbesondere die Gesetze des Staates. Sie gehen alle nicht auf die Gesinnung, sondern auf die Handlung im Sinne der Zeitmoral aus. Dennoch fördern sie mit dem zeitmoralischen Handeln in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle eo ipso das Bewußtsein und die Anerkennung der Zeitmoral. Sie appellieren vorwiegend an teleologische Momente, besonders an die Furcht. So setzen sie weitere Willenshemmungen, sowohl solche der einfachsten Reflexion in singulären Zweckurteilen, als auch affektive.

Die Strafe, die soziale Ächtung, die Verschlechterung der Lebenshaltung bei Verstößen gegen die Zeitmoral, und umgekehrt die soziale Sicherung und Hebung bei ihrer Anerkennung wirken zugleich mächtig im Sinne der Erhöhung der Gefühlsgrundlagen für die Geltung der Zeitmoral.

Zu den negativen Bedingungen für die Verbindlichkeit von Zeitmoral gehört das Fehlen oder die Unterdrückbarkeit aller Triebregungen, deren Verwirklichung ihr widerspräche. Hierzu rechnen vor allem die sthenischen Affekte, deren Intensität nie größer werden darf als die Resultante der Wirksamkeit der ersten Gruppe. Hierzu rechnet das Selbstgefühl und seine Neigung, sich schrankenlos durchzusetzen [1]), hierzu rechnen ferner die elementaren Triebe bei erschwerter oder verzögerter Befriedigungsmöglichkeit oder bei dispositionell erhöhter Intensität: Nahrungs- und Geschlechtstrieb. Triebregungen, wie Grausamkeit oder Hang zur Lüge, sind erst sekundäre Produkte, Modifikationen primärer Elementartriebe. Z. B. die Grausamkeit eine bestimmte sekundäre Verschmelzung pervertierter sexueller Triebregungen mit sthenischen Grundaffekten, allgemein erhöhter motorischer Erregbarkeit und Derivationen eines irgendwie beeinträchtigten Selbstgefühls, das sich auf einem Umweg entlädt; der Hang zur Lüge das typische Ressentimentprodukt verdrängten Ohnmachtgefühls, welches daher immer mit kritikloser Selbstüberschätzung und berechneter Demonstration der eigenen Wichtigkeit einhergeht; ein asthenisches Gebilde. Zur Aktualisierung solcher Triebregungen ist immer ihre Überwertigkeit gegenüber der ersten Gruppe erforderlich. Das alles ist hier nur insofern wichtig, als zur Entscheidung all dieser Triebe faktisch nur die von uns als primär bezeichnete Triebbasis angenommen zu werden braucht, aus der alle anderen erst hervorgehen. In diesem Sinne gilt Goethes wahrhaftiges Selbstbekenntnis, er fühle in sich die Anlage zu allen Verbrechen, von jedem; wobei nicht geleugnet werden soll, daß die Intensität und die sekundäre Pervertierbarkeit der elementaren Triebregungen dispositionell absolut verschieden und bei einzelnen Menschen in höchstem Maße pathologisch sein kann.

Das Kriterium der Verbindlichkeit von Zeitmoral ist also zwar

[1]) Daß dieses Selbstgefühl ein primäres Triebphänomen ist, habe ich bei ganz schweren Idioten gesehen, die zu keiner psychischen Leistung fähig waren, als sinnliche Eindrücke zu haben, Schmerz zu fühlen, zu essen, zu schlafen und zu onanieren, und die den ganzen Tag dasaßen und bei der Annäherung irgendeines Menschen freudestrahlend auf sich zeigten und unartikulierte Laute ausstießen, solange der Betreffende im Zimmer war.



ein relatives, aber relativ nur hinsichtlich des Verhältnisses dieser Triebregungen zur Gruppe der positiven Bedingungen von Zeitmoral; und insofern ist es durchaus psychologisch bestimmbar.

Was folgt aus diesen Darlegungen für die Möglichkeit und das psychologische Wesen des moralischen Schwachsinns?

Die Frage ist, ob isolierte Defekte in einer dieser Gruppen von Grundlagen der Moralität psychologisch bestehen können. Oder natürlich auch, ob sich isolierte Defekte mehrerer Gruppen zu einer einheitlichen Wirkung hinsichtlich des moralischen Verhaltens verbinden können. Und wichtig ist für die psychologische Begriffsbestimmung des moralischen Schwachsinns noch, daß die Wirkung dieser Defekte auf die Anomalie im moralischen Verhalten die *einzige* oder doch zum mindesten die *weitaus hervorstechendste* Folgeerscheinung ihres Bestehens sein muß. Denn sonst hätte die Einengung der Bezeichnung des Defektes als „*moralischer*“ Schwachsinn keine Berechtigung. Nun ist zwar die Antimoralität, die sich aus Defekten in dem psychologischen Unterbau des dargestellten Geltungsfundaments von Zeitmoral ergibt, nur eine zufällige Folge dieser Defekte, die sich z. B., wenn das betreffende Individuum auf einer einsamen Insel lebte, gar nicht geltend zu machen brauchte. Und sie steht insofern im Gegensatz etwa zu den echten psychotischen Prozessen, die auf einer einsamen Insel genau so gut psychotische Prozesse bleiben würden, wie sie es in der Sozietät, in den Anstalträumen und in der Isolierzelle sind. Allein mag die Antimoralität, als Ergebnis eines von immerhin zufälligen äußeren Umständen und Forderungen abhängigen Verhaltens, nicht der unmittelbarste und notwendigste Ausdruck psychischer Anomalie sein: so könnte sie doch im Leben die *einzige* psychische Folgewirkung derartiger Anomalie sein, die sich außerhalb ihrer überhaupt nicht manifestierte. Und sie muß es sogar sein, wenn anders der Begriff des moralischen Schwachsinns überhaupt einen psychologischen Sinn haben soll.

Und das ist tatsächlich möglich. Freilich: die pathologische Intensität der elementaren Triebregungen, die zu ihrer Unbeherrschbarkeit durch den Willen führt, ist, soweit sie überhaupt isoliert vorkommt, immer auch direkt nachweisbar, jenseits des bloß antimoralischen Verhaltens. Wir denken hier besonders an die Menschen mit gesteigertem Selbstgefühl und Machtwillen, die Eitlen etc. einerseits, die



Menschen mit pathologisch gesteigertem und qualitativ perversem Geschlechtstrieb andererseits, von denen wir zunächst hypothetisch unterstellen, daß sie im übrigen normal sind. Von einer grundsätzlichen Antimoralität, einem moralischen Schwachsinn, kann doch in solchen Fällen keine Rede sein; außerhalb der Triebbefriedigung, die natürlich zu „affektiven“ Verstößen gegen die Zeitmoral führen kann, können sie durchaus der Zeitmoral unterworfen sein. Und wenn zu dem pathologisch gesteigerten Triebleben noch Anomalien im Zusammenspiel desselben mit dem Gefühls- und Willensleben hinzutreten, so resultieren einige Formen der sogenannten erethischen Imbezillität und Spielarten der epileptoiden Degeneration, deren Folgewirkungen ebenfalls nicht allein auf dem Gebiet des moralischen Verhaltens liegen, sondern direkt als psychische Anomalien in Erscheinung treten. Ähnlich liegen die Dinge da, wo ein gesteigertes Selbstgefühl zugleich mit einer relativen Überwirksamkeit gefühlsbetonter Phantasie- und Begehrungsvorstellungen einhergeht: beim hysterischen Charakter, und, wenn das Selbstgefühl durch Ressentiments verstärkt wird und in anderen Formen auftritt, beim Pseudologisten. Auch hier kann eine fast vollständige Antimoralität im Verhalten die Folge sein; aber sie braucht es nicht durchaus zu sein, und neben ihr gibt es noch andere, psychologisch unmittelbarere und direktere Erscheinungsweisen dieser abnormen seelischen Strukturen. Und ganz Analoges gilt auch von den Typen der pathologischen Willensschwäche.

Will man also mit dem Begriff des moralischen Schwachsinns wirklich etwas psychologisch Direktes, eine reale psychische Struktureinheit, die auch theoretisch standhält, bezeichnen, so muß man diese Typen alle als ihr zwar mehr oder weniger nahe verwandt, aber doch nicht eigentlich zu ihr hinzugehörig auffassen. Und somit bleibt nur noch das letzte Gebiet psychischer Strukturen übrig, in welchem Defekte ein antimoralisches Verhalten als einziges isoliertes Symptom bei sonstiger völliger psychischer Intaktheit zur Folge haben können: Wir meinen die G e f ü h l s g r u n d l a g e n für die Verbindlichkeit zeitmoralischer Normen. Hier kann in der Tat die Abwesenheit oder qualitative Perversion jener Grundinstinkte, die wir oben an entsprechender Stelle bezeichnet haben, ein solches Bild erzeugen. U n d d a s w ä r e i m e i g e n t l i c h e n p s y c h o l o g i s c h e n S i n n m o r a -

lischer Schwachsinn bei sonstiger Unversehrtheit alles psychischen Lebens.

Als Erster hat wohl *Liepmann* diesen Sachverhalt klar erfaßt und ausgesprochen. Er unterschied bereits 1908 [1]) begrifflich sehr klar, aber freilich ohne genauere Begründung „zweierlei: so etwas wie eine sittliche Farbenblindheit, d. h. ein wirkliches Fehlen aller der Gefühle, auf denen unser sittliches Zusammenleben beruht — dieses wirkliche Fehlen kommt vor, aber ist etwas verhältnismäßig Seltenes. Dabei können die moralischen Begriffe erhalten sein; aber diese Begriffe wecken nichts Gefühlmäßiges in ihnen, sind daher totes Wissen. Nun gibt es aber eine weit häufigere Kategorie von Menschen, ... die nicht eigentlich aller altruistischen Gefühle entbehren, die es nur dadurch zu keiner Moral bringen, daß ihnen jede Konstanz fehlt... Sie sind ein Spielball der Stimmungen, die Rücksicht auf höhere Pflichten läßt sich gegenüber den Leidenschaften des Moments nicht zur Herrschaft bringen". Ebenso führt *Liepmann* in einer Veröffentlichung [2]) aus: „Es sagt sich ja von selbst, daß Instabilität, Unstetigkeit, Willensschwäche, Affekterregbarkeit ein Leben der Pflichterfüllung und der Moralität ausschließen. Man denkt aber, wenn man von amoralischen Degenerierten spricht, gewöhnlich an etwas anderes. Man hat die moralischen Kerngefühle, die altruistischen Gefühle... im Auge. Es gibt in der Tat eine Anzahl Dégénérés, bei denen diese Gefühle vollkommen fehlen oder wenig entwickelt sind. Das sind die moralisch Anästhetischen. Mit der Zeit hat sich dieser Begriff der moral insanity... so eingeengt, daß man dabei nur an die moralischen Monstra denkt, welchen von Geburt an jede altruistische Regung fehlt, die sittlich Farbenblinden. Es ist sehr viel darüber gestritten worden, ob es so etwas gibt. Man muß sagen, ganz isoliert ist es selten, meistens sind die Betreffenden auch schwer imbezill, und meist haben sie weitere Züge der Dégénérés, die Instabilität, nervöse Zufälle etc. Aber es sind doch von ersten Autoren Fälle beschrieben worden, bei denen man mit der Laterne besonders nach intellektuellen Mängeln suchen mußte; und diese repräsentieren den geborenen Verbrecher im engsten Sinne; wenn diese Fälle auch selten sind, so ist doch damit prinzipiell die Frage zugunsten einer moralischen Idiotie gelöst."

Zu ähnlichen Feststellungen kommt auch *Anton* in seiner schon zitierten Arbeit. Moral insanity beruht auf dem „Mangel derjenigen Gefühle und Gemütsregungen, welche für das menschliche Zusammensein notwendig sind oder durch das Zusammensein erst entstehen". Freilich liegt ihm der Versuch einer psychologischen Begründung ganz ferne; und er vermischt diesen von ihm abgegrenzten Bereich auch sogleich wieder mit

[1]) Nach dem mir gütigst überlassenen Stenogramm eines Kollegs.

[2]) Die Beurteilung psychopathischer Konstitutionen, Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 1912, S. 135.



den Gebieten derjenigen Fälle antimoralischen Handelns, welche auf Störungen in den Hemmungsgrundlagen zurückgehen; mit den Defekten imbeziller Erethiker u. dergl.

Erst auf einem solchen Umwege also erfüllt sich die *Bleuler*sche Konzeption mit einem psychologisch möglichen Sinn; und das auch in begrenzterer Weise, als er und alle diejenigen Autoren annehmen, die solche erethischen Imbezillen und hysterischen Charaktere (*Longard*) und solche Pseudologisten (*Delbrück*) zu ihr hinzurechnen, bei denen ihr antimoralisches Verhalten besonders oft zu Konflikten mit dem Gesetz führt. Das ist ja psychologisch zufällig. Und will man Persönlichkeiten, die psychisch irgendwie und in ganz heterogener Weise abnorm sind und wiederholt rückfällige Verbrecher, aus praktischen Gründen als moralisch schwachsinnig bezeichnen, so ist psychologisch nichts gewonnen, man muß vielmehr diese Typen aus denjenigen Typen psychischer Struktur, zu denen sie eigentlich gehören, nur auf Grund ihrer Kriminalität ausreihen und zu einer recht willkürlichen Gruppe, nach ganz schematischen Kriterien, zusammenbringen. Auch kriminalätiologisch ist so nichts getan, und man gerät in Gefahr, nur auf Grund der bisherigen Unverbesserlichkeit, auch an der künftigen Unverbesserlichkeit ohne zureichenden Grund zu zweifeln; daß damit wenigstens in einzelnen Fällen ein Irrtum begangen wird, lehrt z. B. der Fall Respel (s. S. 2, Anm.) und dessen völlige Rückkehr zur sozialen Norm, die selbst eine Autorität wie *Aschaffenburg* für ausgeschlossen erklärt hatte, indem er ihn als moralischen Schwachsinn bezeichnet hatte, nur weil man eben nicht diese psychischen Typen von dem hier abgegrenzten moralischen Schwachsinn im engsten wirklich psychologischen Sinne trennt.

Ob der so zunächst theoretisch abgegrenzte psychische Typus des moralischen Schwachsinns im Leben vorkommt oder nicht, das ist eine rein empirische Tatsachenfrage. Man darf doch nicht vergessen, daß derartige Typenbildungen stets auf unvollständigen Induktionen beruhende konstruktive Gebilde sind, zu deren Ermöglichung von einem großen Teil des individualpsychischen Tatsachenmaterials im einzelnen Falle abstrahiert werden muß. Jedenfalls scheint dieser Typus recht selten zu sein[1]) und bei genügend genauer psycho-

[1]) Das sagt auch *Kauffmann*, Psychologie des Verbrechens, 1912 S. 31.

logischer Durcharbeitung der fraglichen Fälle sich immer mehr einzuengen.

Ich habe bei der Durchsicht der allerdings nicht genügend klar dargestellten *Lombroso*schen Fälle kaum einen gefunden, der rein zu ihm paßte. Hingegen entspricht ihm der im Anhang seines Werkes mitgeteilte Fall von *Lindau* ganz und gar — nur ist dieser leider nicht von einem Fachmann beobachtet und zuverlässig. Von dem Material *Delbrücks*, *Longards* und *Mayers* scheint ein Teil diesen Defekt in den Gefühlsgrundlagen in der Tat aufzuweisen, aber wohl kaum isoliert, sondern verbunden mit hysterischen, pseudologistischen oder erethischen Zügen. Daß hier ein nahes Verwandtschaftsverhältnis bestehen kann, soll nicht in Abrede gestellt werden; das ergibt sich ja auch schon aus unseren theoretischen Festlegungen. Aber diese Verwandtschaft ist keine Identität.

Für die weitere Forschung ergibt sich aus alledem als Forderung und als Maxime der Arbeit die Notwendigkeit psychologischer Spezialisierung dieser Fälle. Heuristisch bleibt der reine Typus des moralischen Schwachsinns, wie wir ihn psychologisch definiert haben, ein Grenzfall, dessen Verwirklichung im lebenden Menschen durch immer genauere Arbeit eingeengt werden soll.

So liegt die rein wissenschaftliche Seite des Problems. Nun besteht aber noch eine Schwierigkeit hinsichtlich der praktischen Anwendung. *Berze* hat sie treffend formuliert [1]: „Wenn man auch zugeben muß, daß die moral insanes durch ihre fehlerhafte Anlage zum Verbrechertum prädestiniert sind, so wäre doch die Annahme durchaus irrig, daß ein Individuum, das an einem Defekte der eigentlichen Moral leidet und sei er auch noch so sicher pathologisch, darum schon unbedingt kriminell werden muß, daß das Kriminellwerden gleichsam in allen Fällen das notwendige Ergebnis dieses Defektes ist, ein Ergebnis, gegen welches das Individuum gar nicht ankämpfen kann, wie es ja auch eine durchaus irrige Annahme ist, daß die Moral es ist, was die große Mehrzahl der Menschen hindert, kriminell zu werden.“

Auch psychologisch ist nach unseren Darlegungen nicht unbedingt erforderlich, daß jeder im engsten Sinne moralisch Defekte nun auch antisozial sein muß. Was ihm an Gefühlsgrundlagen für die Anerkennung der Zeitmoral fehlt, vermag er durch sein Urteil und durch die Hemmungsgrundlagen für sein soziales Verhalten durchaus zu ersetzen.

---

[1]) A. a. O. S. 137.

Man kann sogar paradoxerweise behaupten, daß, je klüger und affektiv ruhiger der moral insane ist, um so weniger er sich sozial verrät.

Er ist in dieser Hinsicht weit weniger gefährdet als diejenigen Typen, deren Hemmungsgrundlagen mangelhafte sind: der erethisch Imbezille und der Hysteriker. Allein diese sind doch im Besitz der Gefühlsgrundlagen von Moral und bleiben daher trotz aller affektiven Verstöße prinzipiell immer zur Moralität und zu sozialem Verhalten erziehbar. Die eigentlichen unverbesserlichen Rückfallkriminellen aus Anlage sind diejenigen, bei denen sowohl die Gefühls- als die Hemmungsgrundlagen pathologisch verändert sind: die erethischen Imbezillen mit eigentlichem moralischen Defekt dabei, also ein Teil der Fälle *Longards* und der Fall *Mayers*. Freilich ist da, wo Anomalien der Hemmungsgrundlagen bestehen, immer nur sehr schwer zu sagen, ob und wieweit noch ein Defekt in den Gefühlsgrundlagen der Moralität zugleich besteht, da dieser ja außerhalb der Moralität keinen weiteren Ausdruck findet und die Moralität durch die anomalen Triebregungen hier ohnedies alteriert ist.

Was aber den *Berze*schen Einwand anlangt, so folgt daraus in der Tat, daß uns an der Hand des sozialen Verhaltens durchaus nicht alle moralisch Schwachsinnigen erkennbar werden. Indessen muß man doch bedenken, daß den praktischen Anlaß zum Suchen nach derartigen Anlagen nicht die sozial Unauffälligen, sondern diejenigen Rückfallkriminellen geben, deren Antisozialität man sich durch bloße Milieuwirkung garnicht erklären kann. Die Diagnose macht sich hier durch ein indirektes Verfahren: man schließt anamnestisch alle Milieufaktoren aus und sondert psychologisch die Mitwirkung pathologischer Triebregungen und Urteilsdefekte ab: dann bleibt jene Gruppe übrig, die wir als moral insanity im Sinne einer psychologischen Einheit bezeichnen müssen, ohne diese Einheit doch anders als theoretisch fundieren und praktisch an einem so vagen und vieldeutigen Kriterium wie dem moralischen Verhalten erweisen zu können. Eine direkte psychologische Beschreibung des Defekts und seiner Seinsweisen vor dem Bewußtsein wird uns bei dieser Lage der Sache wohl stets unmöglich sein.

Für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit dieses Typus wird man von Fall zu Fall entscheiden müssen, wieweit die Aus-



nutzung der Verstandes- und Hemmungsgrundlagen zu einem vikariierenden Eintreten für den Gefühlsdefekt im sozialen Verhalten hätte führen können.

Das soziale Moment als Kriterium psychischer Typik.

I. Über den Begriff der Reaktivität.

Die bisherigen Erörterungen sollten gleichsam paradigmatisch die Behandlung eines Problems vorwegnehmen, dessen grundsätzliche Bedeutung wir nunmehr in abstracto zu beleuchten haben werden. Zu diesem Problem gehört als eine Teilfrage die Möglichkeit der Einreihung der verschiedenen psychopathischen Typen in die Kriminologie; das heißt, es ist das prinzipielle Methodenproblem, dessen Beantwortung über die Möglichkeit wissenschaftlicher Kriminalpsychologie entscheidet. Dieses Problem nun ist die Frage nach den Kriterien eines psychischen Typus überhaupt; und zwar in dem speziellen Sinn, wieweit das soziale Verhalten des Menschen ein Kriterium des Typus abzugeben vermag. Wir haben bisher diese Frage als in dem Sinne entschieden vorausgesetzt, daß wir die psychischen Typen im allgemeinen als auf direkten psychologischen Kriterien aufgebaut ansahen und im sozialen Verhalten nur ein zusammengesetztes und indirektes Kriterium des Typus erblickten. Denn das soziale Verhalten eines Menschen ist nicht der konstante Effekt immer gleichartiger Funktionen und Dispositionen, mithin kann das antisoziale Verhalten nicht ohne weiteres als der Effekt von psychologisch konstanter Störung in diesen Funktionen und Dispositionen aufgefaßt werden.

Man muß das Bestehen dieser Störung auch außerhalb des sozialen Verhaltens an direkten psychischen Wirkungen erweisen.

In der Tat würde damit das soziale Verhalten als einziges Kriterium für den Aufbau und die Abgrenzung solcher Typen entfallen. Aber auch als bloßes Kriterium der Subsumption eines Menschen unter einem Typus wäre es gefährdet. Denn die Bedingungen der sozialen Situation sind niemals wesentlich gleich; mithin läßt sich auch die Reaktionsweise des reinsten psychischen Typus auf die Einwirkungen und Beschränkungen der Sozietät nicht als eine ein für alle Mal konstante fixieren.

Wäre diese Überlegung richtig, so entfielen Begriffe wie „geborener Verbrecher“ oder „Antisozialität“ als etwas im psychischen Wesen eines Typus Liegendes oder aus ihm zu Erschließendes.

Derartige Begriffe wären dann nicht solche psychologischer Beschreibung, sondern es wären Begriffe einer Bewertung. Sie dienten nicht zur Klassifizierung bestimmter Arten von psychischer Struktur, sondern vielmehr bestimmter, gleichartiger Verhaltungsweisen gegenüber der Sozietät, die aber weder psychologisch gleichartig fundiert noch motiviert zu sein brauchen und auf durchaus verschiedene psychische Typen zurückgehen.

Wir meinen: ein und derselbe psychologisch-deskriptive Typus — z. B. der Hysteriker, oder der Instable, oder der Epileptoide — könnte sowohl ständig sozial als auch ständig antisozial sich verhalten als auch bald sozial bald kriminell sein. Identische Motive können sozial durchaus verschiedenwertige Handlungen hervorrufen; die gleiche antisoziale Handlung kann die verschiedensten psychologischen Grundlagen haben. Ordnen wir die Menschentypen nach ihrem sozialen Verhalten, so ist das Grundmaß dieses Ordnens der Typus der Tat; und zwar gemäß dem sozialen Wert dieses Tattyps. Die Dinge liegen hierbei also prinzipiell ähnlich wie in der Mehrzahl der strafrechtlichen Kodifikationen, die ihre Materie ebenfalls nach Tatbegriffen einteilen; nicht nach Täterstrukturen. Diese Analogie gilt nicht nur vom Begriffe des reo nato, sondern auch etwa vom Begriffe der Gemeingefährlichkeit; sie gilt aber auch von solchen psychiatrischen Begriffsbildungen, denen man die praktisch-soziale Provenienz nicht so ohne weiteres anmerkt: der „psychopathischen“ oder „affektiven“ etc. „Minderwertigkeit“, dem Begriffe des „Haltlosen“, der „Puellennatur“ etc. Doch besteht natürlich ein großer, wenn auch nur gradueller Unterschied zu den exakten Tatbegriffen der Strafgesetzgebung: es wird hier kein Tattyp in abstracto herausgearbeitet; auch wird keine Einzelhandlung an sich schon immer zur Unterordnung des Täters unter diese Gruppenbildungen führen. Es wird überhaupt nicht, wie in der Strafrechtsprechung, eine logisch exakte Subsumtion der einzelnen Handlung unter einen womöglich definitorisch festgelegten Deliktbegriff vorgenommen. Sondern es ist erforderlich eine statistische Anhäufung gleichartiger Delikte — oder

zum mindesten, bei nur einem Delikt, eine besondere Artung und Schwere desselben —, um aus den einzelnen Taten einen Tattyp, aus dem Tattyp eine Verhaltungsweise oder eine Reaktionsform, und hieraus schließlich einen menschlichen Typus abzuleiten und festzulegen. Daß dies unter Umständen gewagt ist, zeigt z. B. die Bildung des Begriffs der Unverbesserlichkeit, wofern damit eine Gruppe kriminal**psychologisch** zusammengehöriger Individuen gekennzeichnet werden soll; in den Voraussetzungen dieser Begriffsbildung läuft eine anfechtbare, psychologisch durchaus nicht einheitlich zutreffende Ansicht vom Strafzweck, nämlich über seine bessernde Wirkung, unter.

Man könnte nun zwar fragen, was es denn schade, wenn unsere psychopathologischen Typenbildungen, soweit sie die Kriminologie angehen, nicht rein deskriptiv-psychologisch gewonnen werden, sondern noch Wertmerkmale enthalten, die auf soziologischer Betrachtung beruhen.

Darauf wäre zu erwidern: es kommt auf die Aufgabe an, die man sich stellt. Die Psychopathologie beschreibt Krankheitszustände und Persönlichkeitstypen, welche als psychologische Einheiten, aus dem Gesetz ihrer inneren Struktur, begriffen werden. Wie sich der Einzelne in seiner Umwelt verhält, ist aus dem immanenten Gesetz seines psychischen Typs verständlich, aber dem sozialen Wert nach individuell zufällig, da die in seiner Umwelt liegenden Bedingungen seines Tuns nicht von ihm abhängig sind. Typische Weisen sozialen Verhaltens sind also nicht notwendig psychischen Strukturtypen eindeutig zugeordnet. Die Kriminalsoziologie hingegen stellt Typen sozialen — oder vielmehr antisozialen — Verhaltens auf. Die Norm dieses Verhaltens hat im wesentlichen die negativen Merkmale der strafgesetzlichen Bestimmungen; die Qualitäten der Abweichungsarten von dieser sozialen Norm entsprechen — natürlich nur ungefähr und mit den oben gemachten Einschränkungen — den im Strafgesetz bestimmten einzelnen Delikttypen oder Gruppen derselben. Diese Delikttypen sind psychologisch zufällig; sie erwachsen durchaus auf der dogmatischen Hinnahme der Einteilung des geltenden Strafrechts, welches man seinerseits aus den politischen und ökonomischen Zuständen der Gesellschaftsordnung herleiten, aber doch wahrhaftig nicht psychopathologisch fundieren kann. Nun kommt die Kriminal-

psychologie, welche sich aufs Innigste mit der Psychopathologie verquickt, und will für ein bestimmtes Menschenmaterial, das den beiden genannten Betrachtungsweisen unterliegen kann, Einheiten schaffen, deren Merkmale aus beiden Gesichtspunkten in gleicher Weise gewonnen werden. Ein solches Verfahren, welches doch, wie es schon in seinem Namen liegt, einer wissenschaftlich-psychologischen Aufgabe angemessen sein will, läuft Gefahr, daß über den kriminologisch-sozialen Wertmerkmalen die deskriptiv-psychologischen Einheiten verloren gehen können. Es wäre doch bloßer Zufall, wenn sich bei den kriminalpsychologischen Kategorien die sozialen Werteinheiten mit den deskriptiven decken würden.

Um es generell auf eine — nicht ganz exakte, aber zum Verständnis genügende — Formel zu bringen: die kriminologischen Typen verhalten sich zu den psychologischen wie Norm zu Naturgesetz. Die kriminologischen Typen messen soziale Verhaltungsweisen an einer — nur negativ bestimmten und weder psychologisch noch sozial einheitlichen — *Norm*. Die psychologische Typik ordnet auf Grund beschreibender Beobachtung die seelischen Strukturen nach — nur unvollständig induktiv bestimmten — *Einheiten*, in denen sie nicht weiter zurückführbare *Gesetze* seelischen Zusammenhanges sieht. Die Frage ist nun die: können, unter kriminalpsychologischem Gesichtspunkt, unsere psychopathologischen Typenbegrenzungen ausschließlich auf solcher beschreibenden Beobachtung aufgebaut werden, oder gehen normativ-soziale Bestimmungsstücke notwendig mit in sie ein; und welches ist die Sphäre der Mittelbegriffe, durch deren Bildung jene normativ-soziologischen Einheiten sich den deskriptiv-psychologischen Einheiten zuordnen lassen[1])?

[1]) Es ist einigermaßen erstaunlich, wie die Kriminalpsychologie an diesem Problem, von dessen Beantwortung doch ihre wissenschaftliche Möglichkeit in ziemlichem Grade abhängt, bisher vorbeigegangen ist. Man findet bei *Homburger* (s. u.) und einmal bei *Aschaffenburg* (S. 8) eine klare Andeutung davon, daß diese Forscher es überhaupt sehen; sonst aber hat es in der doch nicht kleinen Literatur überhaupt keine Stelle! Und auch *Aschaffenburg* spricht späterhin immer wieder von den „kriminellen Neigungen" seiner Fälle, als ob diese Neigungen etwas psychologisch Einheitliches wären. Das Problem wäre aber gerade, diese Neigungen psychologisch so aufzuspalten, wie wir es mit den „antimoralischen" Tendenzen oben versucht haben. Um grundsätzlichen Erör-



Man muß sich nur die Tragweite dieser Frage für die ganze einteilende Praxis der Kriminalpsychologie klar machen. Es könnte ja der Begriff des geborenen Verbrechers, des unverbesserlichen Rückfallkriminellen sich halten lassen, nicht als psychologisch gewonnene Deskription, sondern als Ausdruck sozialer Bewertung; nicht als Gesetz für Psychisches, sondern als Norm, gemäß der soziales Verhalten beurteilt wird. Freilich schwankt sein Wertungssubstrat von Milieu zu Milieu, und seine Anwendung auf die seelischen Eigenschaften des Einzelnen täte diesem, in dem Augenblick, wo uns sein Lebenszusammenhang, seine Umwelt und seine Motive genügend deutlich werden, wohl immer irgendwie unrecht — in demselben Sinne unrecht, in welchem von der Subsumption eines jeden Einzelfalles etwa unter eine strafrechtliche Tatnorm das tiefe Wort gilt: summum jus summa injuria. Jedoch trotzdem angenommen, ein solcher kriminologischer Begriff ließe sich halten: so tritt seine Unvereinbarkeit mit psychologischen Strukturbegriffen klar zutage, sobald ein Mensch, dessen Verhalten den Kriterien dieser Bewertung in stärkstem Maße entsprach, in einem anderen Milieu, ohne sich psychologisch in seinem Wesen oder in seinen Motiven im geringsten zu ändern, dieser Bewertung in keiner Weise mehr unterliegt.

Ergibt sich aber erst einmal die Unmöglichkeit der empirischen Anwendung einer derartigen Bewertung, so entfält damit auch der Wertbegriff: da er zu praktischen Zwecken geschaffen ist, genügt die praktische Unbrauchbarkeit, um ihn zu zerstören. Daß Respel und Grün (s. S. 2, Anm.) zur sozialen Lebensführung zurückgekehrt sind, wäre in dieser Richtung ein bedeutsamer Fingerzeig.

Es klafft hier also zwischen der Betrachtungsweise, deren sich die Kriminologie bedienen muß, und derjenigen, welche der Psychopathologie eigentümlich ist, eine tiefe Kluft. Und vergeblich muß scheinbar der Versuch der Kriminalpsychologie bleiben, beide Betrachtungsweisen zu einer Einheit zu verbinden.

Und doch gibt es hier einen methodischen Ausweg. Freilich

terungen aus dem Wege zu gehen, beruft man sich gerne auf einen in jeder Weise unzulänglichen Aufsatz *Windelbands*, der aber gerade die hier in Frage stehenden Dinge nur an der äußersten Oberfläche streift. (Über Norm und Normalitäten, *Aschaffenburgs* Monatsschr. Bd. III, 1.)



muß man sich sehr klar über ihn sein und die Tragweite der durch ihn ermöglichten kriminalpsychologischen Arbeit sehr genau übersehen: sonst gerät man in jenes uferlose anekdotische Gerede, welches heute einen Teil auch der guten „kriminalpsychologischen" Literatur ausmacht und das sich neben der exakten Kriminalstatistik eben so wertlos ausnimmt wie die alten anthropologischen Konstruktionen, die auch immer noch umherspuken.

Dieser Ausweg liegt in einer doppelten Erwägung. Einmal nämlich geht die Kriminalpsychologie zwar von empirischen und zufällig abgegrenzten Tattypen aus; allein diese sind doch nicht weniger menschliche Handlungen und als solche Vorwürfe für eine motivierende Psychologie, als beliebige andere Handlungen oder Reizreaktionen. Es ist a priori nicht abzuweisen, daß man die verschiedenen seelischen Verursachungen und Motivationen für diese Tattypen sammeln und vergleichen kann. Und es ist zum mindesten eine mögliche Fragestellung, zu untersuchen, wieweit die Psychologie der Tat zugleich eine Psychologie des Täters ist. Da die Anzahl der deskriptiv-psychologischen Typen — bei aller individuellen Mannigfaltigkeit der Menschen — doch immer eine begrenzte ist, so wäre es zum mindesten ein wertvoller heuristischer Gesichtspunkt, Parallelen und Zuordnungen wenigstens zu versuchen, die einerseits zwischen diesen psychologisch-typischen Einheiten, andererseits den ihrem Vollzuge nach gleichartigen Delikten, oder den gleichartigen Motivationen kriminellen Handelns, oder den zu Delikten führenden objektiven Situationen bestehen. In diese Linie zielen auch die Einteilungen der Kriminellen, welche *Aschaffenburg*[1]) und die Internationale Kriminalistische Vereinigung[2]) geben; letztere erfüllen freilich insofern nicht gerade eine kriminalpsychologische Aufgabe, als sie zur Feststellung der Gefährdung der Rechtssicherheit seitens ihrer einzelnen kriminellen Typen nicht beschreibende, sondern normative Kriterien benutzen: nämlich die Bewertung der Fähigkeit, sich einzuordnen, sich Gesetzen zu unterwerfen, sich auf Strafen hin zu bessern — als ob diese „Fähigkeit" etwas psychologisch Einheitliches wäre.

Ein zweiter Weg könnte von der beschreibenden psychopatho-

1) A. a. O. S. 167.

2) Mitteilungen derselben Bd. VI. S. 582.



logischen Typik ausgehen, indem er deren Besonderheiten am Einfluß der sozialen Umwelt prüft; indem er also quasi das Milieu als ein kompliziertes Reagens benützt, an welchem jeder psychopathologische Typ einmal das Zusammenwirken seiner Sonderzüge beim sozialen Verhalten demonstriert und zweitens zugleich seinen sozialen Wert bemessen läßt.

Es ist aber nicht verbürgt, daß die Befolgung dieser beiden heuristischen Leitlinien zu irgend welchen generellen Feststellungen führt; wenigstens nicht zu solchen, die von anderer Struktur und minder zufälliger Geltung wären als die kriminalstatistischen, die dabei den Vorzug größerer Exaktheit haben. Denn das Milieu, das wir als Reagens für die Persönlichkeitsartung benützen, ist nichts konstantes und homogenes, und um die Varianten des Einzelfalles und seine Fehlerquellen auszugleichen, sind ja die statistischen Methoden erfunden worden.

Ebenso auf der anderen Seite: die Verschiebungen von den Tateinheiten zu den Motiveinheiten, von diesen zu den Einheiten des sozialen Verhaltens überhaupt und von diesen zu den Tätertypen gehorchen keiner Regel. Es spricht also nichts dagegen, wenn die Kriminalpsychologie versucht diese beiden Wege zu gehen; aber es ist höchst fragwürdig, ob sie dabei zu irgend einem Ziele zu kommen vermag.

Und wenn man sich gerade in die besten der hierher gehörigen Werke der kriminalpsychologischen Literatur der letzten Jahre vertieft, so wird einem diese Aussichtslosigkeit erschreckend deutlich.

Welch eine Fülle sorgsam zusammengetragenen Einzelmaterials ist etwa in den Arbeiten *Moelis* [1]), *Baers* [2]), *von Grabes* [3]) *Gruhles* [4]), *Homburgers* [5]), und vieler anderer Forscher angehäuft! Und wie wenig ist davon im eigentlichen Sinne kriminalpsychologisch verwertbar! Entweder es handelt sich vorwiegend um die psychiatrische Diagnostik oder forensische Begutachtung der einzelnen Fälle und ihre äußerliche Zu-

[1]) *Moeli*, Über irre Verbrecher, Berlin 1888.

[2]) *Baer*, Über jugendl. Mörder u. Totschläger, *Groß'* Archiv 11. S. 103 ff.

[3]) *v. Grabe*, Prostitut., Kriminal., Psychopath. *Groß'* Archiv 48. S. 135 ff.

[4]) *Gruhle*, Die Urs. der jugendl. Verwahrlosung und Kriminal. Berlin 1912.

[5]) *Homburger*, Lebensschicksale geisteskr. Strafgefangener, Berlin 1912.

sammenordnung nach klinischen Gruppen, wobei alle tieferen Zusammenhänge zwischen psychischer Artung und sozialer Haltung nicht herausgearbeitet, sondern schon vorausgesetzt werden oder an sich evident sind, je nach dem einzelnen Falle (*Siefert* [1]), *Wilmanns* [2]), *Rüdin* [3]), etc.). Oder es werden direkte kriminalsoziale Gesetzbildungen auf psychologischer Basis intendiert. Hierbei aber kommt es nur zu zahlenmäßigen Zusammenfassungen, die bisweilen einen gekünstelten Charakter tragen, von Begriffen, die gar keinen theoretischen oder gar psychologischen Unterbau haben, hinter denen oftmals ein Prinzip wissenschaftlicher Induktion vermißt wird, die vielmehr alles Problematische als gelöst vorwegnehmen. In allen diesen gewiß wertvollen großen Arbeiten ist das Bleibende statistisch errechnet und macht etwas über Spielarten der Milieuwirkung aus. Die psychologische Verknüpftheit der Persönlichkeitstypen mit ihrem Milieu wird in keine Regel gebracht, höchstens einmal an Einzelfällen, die in der Luft hängen, illustriert. Es geht dann gern die Rede, man arbeite für die Praxis; und das trifft auch z. B. auf *Moelis* oder *Sander-Richters* Werke voll zu; — oder man wolle ja auch nur Material für eine künftige Forschung sammeln. Aber eine wesentliche Anbahnung und Fundierung dieser Forschung wird gar nicht erst versucht. Oder man behauptet, wie *Longard*, daß eine Gruppe besonders gefährlicher Verbrecher aus Anlage auch kriminalpsychologisch eine Einheit bilde; und muß sich gefallen lassen, daß *Baer* auf Grund einer ganz ebenso trefflich beobachteten gleichartigen Gruppe jugendlicher Mörder diese kriminalpsychologische Einheit leugnet. Oder man publiziert, wie *von Grabe*, sein schönes Material, um dann die Frage, ob es eine deskriptive kriminalpsychologische Einheit der geborenen Puellennatur gäbe, unentschieden zu lassen und nur vor dem nichtssagenden Degenerationsbegriff [4]) der Psychopathologie eine Verbeugung zu machen.

[1]) *Siefert*, Über die Geistesstörungen der Strafhaft, Halle 1907.

[2]) *Wilmanns*, Zur Psychopathol. des Landstreichers, Leipzig 1906.

[3]) *Rüdin*, Über d. klin. Formen d. Gefängnispsychose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 18. S. 447 ff.

[4]) Wir haben die Verwertung des Entartungs- und Degenerationsbegriffes für die Kriminalpsychologie bisher mit guten Gründen vermieden. Ohne restlos den ablehnenden Standpunkt *Kauffmanns* (a. a. O. S. 23 ff.) zu teilen, meinen wir doch, daß es für psychologische Zwecke, wie schon *Angiolella* (*Aschaffenburgs* Monatsschrift I, S. 207) ausgeführt hat, lediglich darauf ankommen dürfte, ob er mit einem bestimmten psychologischen Sinn erfüllt ist oder nicht. Er dient nun aber, wenigstens zurzeit, nicht als Erkenntnismittel, sondern als Verschleierungsmittel psychologischer Tatbestände, das immer da angezogen wird, wo die psychologische Bearbeitung derselben versagt oder unzulänglich wird.



Doch besteht die Möglichkeit, durch Einschiebung eines prinzipiellen psychologischen Gesichtspunktes den beiden gekennzeichneten Forschungsrichtungen einer möglichen Kriminalpsychologie wirklichen Rückhalt zu geben. Dieser Gesichtspunkt läßt sich umschreiben als das Problem der Reaktivität.

Man kann sich nämlich fragen, wieweit denn überhaupt, nicht bloß unter kriminalsychologischem Gesichtspunkt, die deskriptiven psychopathologischen Charaktere durch direkte psychische Merkmale abgegrenzt sind; wieweit nicht soziale Kriterien zu ihrer Abgrenzung mitbenutzt werden. Bei der Stellung dieser Frage handelt es sich um den Begriff der sozialen Kriterien nicht im Sinne einer Normation, sondern in deskriptivem Sinne, als Merkmale sozialen Verhaltens, deren Oberbegriff die Reaktion auf Reize überhaupt ist. Die Voraussetzung psychopathologischer Forschung bleibt bei dieser Fragestellung bestehen: daß jeder Typus eine deskriptive Einheit sein muß; die Frage aber ist, ob diese Einheit der Beschreibung zugänglich ist, ohne daß man auf die soziale Verhaltensweise als Index der Reaktivität zurückzugreifen braucht.

Denkt man beispielhalber an den Typus des Rentenkampfhysterikers, so ist klar, daß seine soziale Rolle und Einordnungsart, als wesentlicher Ausdruck seiner Reaktivität, das direkt beherrschende Kriterium seiner psychologischen Einheitlichkeit ist. Neben diesem kommt das psychologisch unmittelbar erhältliche Material kaum in Frage. So wie er abgegrenzt ist, müßten es nun auch die kriminalpsychologischen Typen im engeren Sinne sein!

In die organischen Psychosen, in die Dementia praecox und in manche psychopathologischen Typen (z. B. die Zyklothymen) geht sicher kein soziales Merkmal mit ein. Ist das aber bei allen Typen so?

Wie kann z. B. ein erethisch Imbeziller überhaupt einheitlich beschrieben werden, ohne daß man den sozialen Maßstab seiner besonderen Art von Außerdurchschnittlichkeit heranzieht? Daß dahinter eine auch direkt greifliche psychologische Einheit steht, das „fühlt" man zwar, aber objektiv darstellen kann man sie nicht. Die deskriptive Charakteristik auf Grund direkter psychologischer Kriterien mag eine Forderung der Psychopathologie bleiben. Ob sie in jedem Falle erfüllbar ist, ist zweifelhaft. Aber für die Kriminalpsychologie besteht sie nicht. Erblickt man im sozialen Verhalten unter den ein-



zelnen sozialen Handlungen auf Grund sorgsamer Individualpsychologie den Ausdruck der besonderen Reaktivität eines psychischen Typus, so ist ein bestimmter psychologischer Gesichtspunkt für die Kriminalpsychologie gewonnen.

Das soziale Verhalten fungiert dann nämlich in doppelter Bedeutung. Erstens ist es das normative Substrat der wertenden Kriminologie, deren Normgründe — wie oben ausgeführt — im geltenden Strafrecht und im sozialen Ganzen liegen. Zweitens ist es der deskriptiv zugängliche Ausdruck einer psychologischen Einheit, der Reaktivität, die wir im Wege psychologischer Untersuchung auf Wesens- und Artungsgrundlagen psychischer Typen, die ihrerseits deskriptiv unterscheidbar sind, gesetzmäßig zurückbeziehen können. Damit, und damit allein, ist die Brücke geschlagen zwischen den soziologischen und den psychologischen Arbeitsweisen der Kriminologie; damit erhält die Kriminalpsychologie ihr eigentliches Arbeitsfeld: die verschiedenen Weisen sozialen Verhaltens, soweit sie der adäquate Ausdruck der Reaktivität psychologischer Einheiten sind. Damit, daß wir den Reaktivitätsbegriff hier besonders herausheben, vollziehen wir gewiß nichts Neues. Aber das ist auch nicht unsere Absicht. Nicht um neue Fakten handelt es sich ja in diesen Methodenfragen, sondern um wissenschaftliche Sicherung und Fundierung der alten.

Und so vielfach über den Begriff der psychopathischen Reaktivität geschrieben worden ist, so ist doch für die Kriminalpsychologie bisher fast nichts herausgekommen, wenn man von der Psychologie der Haftpsychosen und einigen anderen mehr psychopathologischen Einzelfragen absieht, die nur zufällig auch von kriminalpsychologischem Belang sind. Unabhängig von solchen Spezialproblemen hat *Birnbaum* [1]) ihn jüngst in eine logisch eindeutige Beziehung zu den Begriffen der Konstitution und der seelischen Eigenart gestellt; und *Homburger* [2]) hat ihn zuerst in klarer und einwandfreier Weise für kriminalpsychologische Fragestellungen schlechthin aufgenommen, allerdings nur in einem kleinen Teilgebiete seiner Arbeit.

Homburger definiert Reaktivität als Aktivität im Verhältnis zu psychisch wirksamen Geschehnissen; er unterscheidet an ihr eine

[1]) *Birnbaum*, Der Konstitutionsbegriff in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 2. S. 520 ff.

[2]) A. a. O. S. 148 ff.



qualitative Richtungskomponente und eine quantitative Stärkekomponente; beide wirken in der Reaktion, der jeweiligen Einzelhandlung, zusammen. *Homburger* erkennt klar, „daß die Reaktivität eines Individuums ein Ganzes ist, ein relativ Abgeschlossenes, Einheitliches, somit auch ein relativ Konstantes und Berechenbares“[1]. Sie erwächst aus dem Verhältnis der im Entschluß jeweils zusammenwirkenden verstandesmäßigen und affektiven Faktoren. Entsprechend der Art, wie dieses Verhältnis konstitutionell präformiert ist, hält die Richtung der Reaktivität gewöhnlich eine „Hauptorientierungslinie“ inne. Jedoch kann jenes Verhältnis ein labiles sein — wobei wieder die Art der Labilität auf psychologische Einheiten zurückführbar ist: — dann ergibt sich eine bestimmte Abwegigkeitsbreite in der Richtung der Reaktivität. Die Stärke der Reaktivität ist ebenfalls das Ergebnis mehrerer Umstände, deren einer in der auslösenden äußeren Ursache des Reagierens liegt. Die anderen sind rein psychischer Art. Auch der erstere ist natürlich bis zu einem hohen Grade von der seelischen Artung des Menschen abhängig, auf den er trifft.

„Alle diese Faktoren sind quantitativ variabel und umschließen in ihren graduellen Abstufungen eine unendliche Reihe (?) mannigfaltiger Zusammenordnungen... Innerhalb einer weiten Exkursionsbreite stellen sie die Fähigkeiten und Möglichkeiten dar für eine geordnete und stetige Existenz ohne Kollision mit den bestehenden Rechtsnormen. In ihren Auswirkungen treten sie, in beweglicher Distanzierung (?) zu einem idealen Durchschnittstypus, zu mehr oder weniger umschlossenen, mehr minder festgefügten Verbänden zusammen, den Individualitäten und Charakteren. Ihr Verhalten nennen wir dann normwidrig, wenn sie den Anforderungen der Einfügung in den sozialen Zusammenschluß und der Betätigung innerhalb desselben widerstreben, sie verneinen, bzw. ihnen vorübergehend oder dauernd nicht zu genügen vermögen[2].“

Am letzten Satze ist interessant und bedeutsam, mit welcher intuitiven Sicherheit der Autor das Wesentliche der kriminalpsychologischen Typenbildung erfaßt hat: ihren Wertcharakter. Die Ver-

[1]) A. a. O. S. 149.
[2]) *Homburger*, a. a. O. S. 154.



bände von „Individualitäten“ und „Charakteren“, also die Typenbildungen sind noch rein deskriptiv gewonnene psychologische Formgruppen der Reaktivität.

Unter dem Gesichtswinkel ihrer „Einfügung in den sozialen Zusammenschluß“ tritt sogleich der Normbegriff auf. Die deskriptiv gewonnenen Reaktivitätstypen brauchen keine weitere Umformung zu erfahren; sie bilden unmittelbar die Einheiten des Subsumptionsmaterials unter diesem Normbegriff. Sie gehen direkt als Elemente in die normative Bearbeitung der Kriminalpsychologie über. *Homburger* vermeint zwar mit der Bewertung als normwidrig nichts gerade Kriminalpsychologisches zu sagen; er denkt allgemeiner an den Begriff des Pathologischen. Diese Behauptung ist irrig und dürfte aus dem schon als fehlerhaft bezeichneten Aufsatz *Windelbands* hergeleitet sein. Der Begriff des Pathologischen ist ein Normbegriff nur im Sinne einer immanenten Teleologie des psychischen Geschehens. Der teleologische Gesichtspunkt aber kann und muß sogar für jede vortheoretische Deskription ausgeschaltet werden. Auch bei solch einer rein deskriptiven Bearbeitung müssen die Kriterien des Pathologischen schon implizite vorhanden sein. Ihre Unterstellung unter einen normativen Krankheitsbegriff entspringt aus einer irrigen Ansicht über das Wesen der Wissenschaft von individuellem psychischen Geschehen. Das zeigt sich auch an *Homburgers* Behauptung über den normalen Durchschnittstyp. Ich verweise hier nur auf die Ausführungen in Kap. V meines Buches: Grundlinien der Phänomenologie, Springer 1915. Aber, was hier allein wichtig ist: für die kriminalpsychologische Betrachtungsweise gilt durchaus, was *Homburger* für die psychopathologische schlechthin aufgestellt hat. In seinen zitierten Ausführungen liegt der wahre Grund der Möglichkeit von Kriminalpsychologie; hier liegen die Sicherheiten wie die Grenzen ihres wissenschaftlichen Anspruchs.

Es ändert an dieser Sachlage nichts, wenn für eine große Reihe von Typen das direkt deskriptive Fundament heute noch keineswegs zureicht, sondern stets aus dem sozialen Verhalten ergänzt werden muß; ja daß die Bildung einiger Typen — wie z. B. des moralischen Schwachsinns und anderer — einzig und ausschließlich auf das letztere basiert werden kann, weil direkte psychologische Kriterien für diese Typen fehlen. Denn diese Frage der Erkennbarkeit ist keine prinzipielle



Frage des Sachverhalts. In solchem Falle wird man das Tatsachenfundament, wie wir es getan haben, aus dem beobachteten sozialen Verhalten rückschließend konstruieren müssen. Jedenfalls bleibt es heuristisches Prinzip dieser Forschung, daß eine reale psychologische Einheit da sein muß, wenn man die Berechtigung haben soll, Typen zu bilden. Das Zusammenordnen nach dem zufälligen äußeren Schicksal ist unpsychologisch, und nur wo die äußere Lebensführung der Ausdruck einer einheitlichen Reaktivität ist — mag diese auch nicht direkt faßbar sein, z. B. beim moralischen Schwachsinn — ist sie gestattet.

Wir wollen ferner an dieser Stelle nicht in eine Detailuntersuchung darüber eintreten, ob *Homburgers* zwei Bestimmungsstücke der Reaktivität psychologisch erschöpfend sind: die verstandesmäßigen und die affektiven Abläufe. Wir wollen nur generell sagen: Reaktivität ist der Inbegriff der psychologischen Bedingungen des Handelns, des Sichverhaltens. Dies ist, wie wir schon an dem besonderen Beispiel des moralischen Verhaltens erörtert haben, abhängig von der Art, wie reflexionelles Zweckbewußtsein, reaktive Affekte, Interessen, Triebe gefühlsmäßige Reminiszenzen etc. den Willen beeinflußen.

Neben den beiden Komponenten *Homburgers* muß also zum mindesten noch der Wille in seiner besonderen Eigenart in Rechnung gestellt werden (Beeinflußbarkeit, Willensschwäche etc.). Aber auf die absoluten Verhältnisse der einzelnen Funktionen kommt es hier nicht so sehr an: da auch *Homburger* betont, daß die Reaktivität einen einheitlichen und abgeschlossenen Charakter habe, so handelt es sich dabei um das Ergebnis der präformierten Beziehung zwischen den Funktionen. Reaktivität ist die Resultante des Funktionszusammenhanges, im Hinblick auf die Handlung als psychischen Effekt.

Eine Reihe von Formen der Reaktivität hat man deskriptiv zusammengestellt, und zwar nach ihrer Hauptrichtung oder „Hauptorientierungslinie“ im Sinne von *Homburger*. „Man spricht in diesem Sinne von konstitutioneller Verstimmung, von sanguinischer und phantastischer Minderwertigkeit, pathologischen Schwindlern, Haltlosen, von hysterisch-exzentrischen, paranoiden und epileptoiden Typen.



Die Gruppencharakteristika besagen, daß solche Individuen vorwiegend in dieser Richtung eingestellt sind, ohne daß Ausschläge in anderem Sinne ausgeschlossen wären. Wie es Psychopathen gibt, welche affektbetonte Ereignisse nahezu stets und von Anfang an mit depressiver Verstimmung beantworten, verfallen andere in unmutige, zornige, selbst gewalttätige Erregung und schlagen dann vielleicht später in depressivem Sinne um. Nun ist die Lage aber gewöhnlich derart, daß der affektive Charakter eines Ereignisses eine in gleicher Richtung orientierte Persönlichkeit besonders affiziert, so daß zwischen Ursache und Wirkung eine innere Übereinstimmung besteht, welche nicht erst in komplizierten psychologischen Zwischenvorgängen zu suchen ist, sondern ganz unmittelbar zutage tritt [1])."

Die angegebenen Einteilungen sind zunächst solche von deskriptiv unterscheidbaren *Charakteren*, wenn man will, von psychopathischen Typen. Ein wesentliches Merkmal dieser Unterscheidung aber, bei einigen das allein entscheidende Merkmal, bildet ihre verschiedene Reaktivität. Diese ist das Ergebnis des jeweils verschiedenen Ineinandergreifens der psychischen Grundfunktionen. Letztere sind an sich nicht überall direkt beobachtbar, sondern müssen zum Teil rekonstruiert werden. Dies ist eine Aufgabe der Psychopathologie, deren Lösung zum Teil noch in weiter Ferne steht. Aber das geht uns an dieser Stelle nichts an. Direkt beobachtbar ist jedenfalls die Reaktivität, spezifisch wie sie jeweils ist; und diese direkt beobachtbare spezifische Konstante liefert uns den oftmals entscheidenden Anhaltpunkt für die Trennung psychopathologischer Typen von einander, *auch da, wo wir die Möglichkeit exakter begrifflicher Determinierung des Charakters aus seinen funktionalen Grundlagen noch nicht besitzen.* Das soziale Verhalten endlich ist ein Index für die Reaktivität, an dem sie auch dann noch beobachtbar ist, wenn andere unmittelbarere, etwa experimentelle Reize versagen, weil sie qualitativ nicht speziell genug abstufbar sind. Es ließe sich zwar die Möglichkeit denken, daß es einer differentiellen Psychologie gelänge, experimentelle Reizvarianten von solcher Feinheit auszuarbeiten, daß durch sie die einzelnen typischen Reaktionsformen ebenfalls nach allen Richtungen hin unter-

[1]) *Homburger* a. a. O. S. 150.

schieden werden können. Aber tatsächlich ist das noch nicht der Fall; und da steht uns das soziale Verhalten als vielseitigste und komplexeste Ausdrucksart typischen menschlichen Reagierens auch für unsere deskriptiven Zwecke allein zu Gebote.

Dies soziale Verhalten nun läßt sich nach seinen verschiedenen Weisen noch unter einen anderen Gesichtspunkt bringen: den der kriminologisch-sozialen Norm. Und damit ist die Grundfrage, die am Eingang dieses Kapitels gestellt wurde, hinreichend beantwortet: inwiefern das soziale Moment zum Kriterium psychologischer Typik zu werden vermag. Diese Frage war uns identisch mit der nach der wissenschaftlichen Möglichkeit von Kriminalpsychologie. Was den rein methodischen Gesichtspunkt anlangt, so liegen für den psychologischen Teil dieser Frage nunmehr keine Schwierigkeiten mehr vor. Es besteht eine Kontinuität von den kriminologisch abgeteilten Formen sozialen Verhaltens bis zu ihrer Fundierung durch den zugehörigen deskriptiven psychologischen Typus. Ob aber eine kriminologisch-normativ ausgebildete Einheit sozialen Verhaltens auch eine deskriptiv einheitliche Basis hat, das entscheidet sich danach, wie weit sie der Index einer psychologisch typischen Reaktivitätseinheit ist. Und das ist direkt beobachtbar. Ist das soziale Verhalten der Ausdruck einer solchen psychologisch einheitlichen Reaktivität, so muß es als kriminalpsychologisches Ausgangsmaterial angesetzt werden, ohne einer weiteren Zurückführung zu bedürfen. Ist es das nicht, so muß es auf die verschiedenartigen Reaktivitätsgrundlagen zurückbezogen werden, denen es in gleicher Weise entsprechen könnte. Das geschieht einmal durch die Analyse der jeweiligen Reaktionsbedingungen, d. h. des Milieus, zweitens von der Seite der Individualpsychologie her.

Daraus folgt z. B., daß der Begriff der kriminellen Neigung kriminalpsychologisch keine Stelle hat. Es folgt ferner z. B., daß der Begriff des phantastischen Schwindlers eine kriminalpsychologische Einheit bildet. Es folgt endlich, daß der Begriff des Affektverbrechens, wenn er auch noch keine endgültig formulierte kriminalpsychologische Einheit ist, doch sicherlich in solche Einheiten aufspaltbar ist, je nach den Reaktivitätstypen, denen die kriminologischen Arten des Affektdelikts adäquat sind. Möglicherweise bleibt hier ein psychologisch nicht glatt subsumierbarer Rest. Und endlich,

um auf den Begriff des geborenen Verbrechers zurückzukommen, von dem wir ja ausgegangen waren, so liegen die Verhältnisse hier so: er ist ganz zweifellos keine kriminalpsychologische Einheit, insofern wir bei der oben durchgeführten psychologischen Analyse verschiedene und verschiedenartige psychische Typen fanden, die zu dem gleichen sozialen Verhalten führen konnten, aber nicht zu führen brauchten; dennoch ist er als eine solche kriminalpsychologische Einheit brauchbar, wenn man ihn auf zwei dieser Gruppen zurückführt: den moralischen Schwachsinn (ohne Gefühlsgrundlagen) und den erethisch Imbezillen (ohne Hemmungsgrundlagen der Verbindlichkeit von Zeitmoral).

Beide Typen sind zwar charakterologisch verschieden strukturiert; aber der Effekt der verschiedenartigen Strukturen, soweit er sich in der Reaktivität äußert, ist der gleiche.

II. Über den Begriff der Milieuabhängigkeit.

Nicht ganz so klar, wie der methodische Weg jetzt sein dürfte, welcher vom sozialen Verhalten zum menschlichen Typus führt, ist der andere, welcher vom sozialen Verhalten zu den Tattypen geht. In den Tattypen steckt noch ungegliedert und unberücksichtigt das persönliche Moment von Täter und Motiv und das Milieumoment von Situation und objektiver Bedingung. Im sozialen Verhalten hingegen, wofern es auf die Einheiten gebracht ist, von denen bisher die Rede war, und die für die Kriminalpsychologie erforderlich sind, spielt das Milieu die Rolle einer praktisch zu vernachlässigenden Konstanten. Und um die Einseitigkeit dieses Gesichtspunktes auszuschalten und das Milieu in die ihm zukommende ätiologische Rolle einzusetzen, ohne doch kriminalpsychologische Errungenschaften aufzugeben, ist es notwendig, die kriminalpsychologischen Einheiten des Verhaltens in ihrer Beziehung zum Milieu schlechthin zu untersuchen. Wir führen sie unter dem vergleichenden und einheitlichen Gesichtspunkt ihrer Milieuabhängigkeit zusammen. Es sei von vornherein bemerkt, daß der Begriff der kriminalpsychologischen Reaktivität und der Begriff der Milieuabhängigkeit einander nicht entsprechen. Aber freilich steht die Art der Milieuabhängigkeit in psychologischer Verknüpfung mit der Reaktivität. Mehrere verschiedenartige Reaktionsformen können sich in bezug auf Art und Grad der



Milieuabhängigkeit gleich verhalten. In den Arten der Milieuabhängigkeit haben wir den direkten kriminalätiologischen Faktor rein herausgearbeitet. Seine psychologischen wie seine kriminalsozialen Anteile sind beide mittelbarer Art und in dem Medium einer dritten, direkt ätiologischen Betrachtungsweise aufgegangen, die ihrerseits dabei aus rein deskriptivem Material gewonnen ist. Von dieser Begriffsbildung, die in der gegenwärtigen Kriminalistik noch nicht die ihr gebührende methodische Rolle spielt, sondern meist als unwesentlicher Teil der Kriminalpsychologie abgehandelt wird, soll im folgenden einiges Wenige gesagt werden.

Der Vorteil, der durch die Anwendung des Begriffs der Milieuabhängigkeit in dem von uns gemeinten Sinne erzielt würde, bestünde unseres Erachtens besonders darin, daß der Unklarheit ein Ende gemacht würde, die in dem bisherigen Begriffe der exogenen Ursache liegt. Der Unterschied der exogenen von den endogenen Momenten ist zwar theoretisch klar, bereitet aber in seiner Anwendung große Schwierigkeiten. Die Tatsache, daß jemand in erhöhtem Maße durch exogene Reize bestimmbar und beeinflußbar ist, ist ihrerseits doch nicht exogen, sondern endogen präformiert. Hier liegt ätiologisch eine kaum behebbare Bedenklichkeit für die sogenannten reaktiven Psychosen und pathologischen Reaktionen. Denn auch wenn man diese gemäß obiger Erwägung nunmehr durch vorwiegend endogene Faktoren bedingt betrachten würde, so wäre wiederum der zeitlich bestimmte Ausbruch der Psychose (in der Haft, nach einem Unfall), ihr besonderer inhaltlicher Typus und ihr Verlauf jeweils ganz unerklärt. Man kann ja natürlich von Fall zu Fall abzuschätzen versuchen, mit welchen Stärkegraden exogene und endogene Faktoren miteinander oder besser ineinander wirken; und so geht man ja auch meist vor. Aber hierbei kommt die gesetzmäßige Notwendigkeit und Einheit dieses Ineinanderwirkens nicht zum Ausdruck. Und daher lassen sich auch keinerlei Gesetze über diese Wechselwirkung aufstellen, was doch erstes Erfordernis einer Kriminologie wäre. Daß ein reizbarer Mensch tatsächlich nur gereizt ist, wenn das Milieu ihn reizt, und daß theoretisch ein Milieu denkbar wäre, in dem der reizbarste Mensch niemals gereizt wäre, dies ist trivial. Was aber folgt daraus an gesetzmäßiger Beziehung zwischen exogenem und endogenem Faktor? Doch nur die trivialen und dabei nicht einmal ohne weiteres



vereinbaren Sätze, daß das Milieu immer „schädlich“ ist, und daß jemand, der gereizt ist, wenn es ein anderer noch nicht wäre, wohl besonders reizbar sein muß. So naiv dieses Beispiel eines Schlußverfahrens klingt, so muß man doch sagen: viel mehr hat man in diesem Gebiet bisher nicht ausgerichtet. Und doch besteht eine gewisse Möglichkeit hierzu. Einmal darin, daß, wie wir schon ausführlich dargestellt haben, die Reizbarkeit in diesem Beispiel ohne alle Rücksicht auf die äußeren Anlässe, unter denen sie sich äußerte, aus der Reaktivität in dem von uns definierten Sinn als aus ihrem psychologischen Gesetz begriffen wird. Auf diese Weise würde erklärt, warum ein bestimmter psychischer Typus gerade gereizt reagiert, nicht etwa traurig oder lachend oder phantastisch. Zweitens aber muß ebenso gesetzlich begriffen werden, was für Faktoren nach Qualität und Art eine Reaktion erzwingen. Und zwar nicht absolut: denn da dürfte es überhaupt keinen einzigen Reiz geben, der nicht psychisch irgendwie wirkte; und bei der Mannigfaltigkeit äußerer Reize und psychischer Strukturen käme da überhaupt nichts Übersehbares oder gar Gesetzmäßiges heraus. Vielmehr gilt diese Frage in einer mehrfach eingeengten Bedeutung: von den Reizen kommt nur derjenige Komplex in Frage, der durch das soziale Zusammenleben in seinen gegenwärtigen ökonomischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Formen umrissen wird; dieser allerdings vor jeder bestimmten Gliederung, welche die Kriminalstatistik an ihm vornehmen muß. Hinzu kommt aber noch die besondere jeweilige Reaktivität selber in ihrer psychologischen Bestimmtheit. Nur dann ist Aussicht auf Gliederung und damit auf Gesetzmäßigkeit gegeben. Das Problem der Milieuabhängigkeit kommt also auf die Frage hinaus, wie die Reaktivitätsformen in einem als ungefähr gleichartig vorausgesetzten Milieu sich qualitativ und quantitativ aktualisieren; es ist identisch mit der Frage der exogenen Bestimmbarkeit für die vorausgesetzten Reaktivitätstypen, aber nicht der Bestimmbarkeit schlechthin, sondern nur so weit sie das soziale Verhalten anlangt. Diese Bestimmbarkeit hat nicht nur, wie es zuerst scheinen könnte, Grade — die etwa der Leichtigkeit entsprächen, mit der die einzelne Reaktivitätsart sich realisiert; denn das würde ja nicht wesentlich über den Reaktivitätsbegriff hinausführen; sondern diese Bestimmbarkeit hat auch qualitativ verschiedene Arten — denn einmal erfordert jede Reaktivi-



tätsform ihrer eigenen Qualität nach verschiedene und andere Milieubedingungen, um wirksam zu werden. Zweitens aber darf man nicht vergessen, daß der Zweck dieser ganzen Erwägungen ein kriminologischer ist. Hiernach handelt es sich nicht um jedes beliebige soziale Reagieren, sondern um ein solches, das Verstöße gegen — freilich apsychologisch fundierte — Normen enthält oder mittelbar nach sich zieht. Solche Verstöße sind nur möglich, wenn vom Gesichtspunkte des Milieus aus ihr Gegenteil ebenso möglich wäre, aber im realen Falle nicht eingetreten ist. Diese erklärungsbedürftige Tatsache bedingt ja unsere Fragestellung. Es muß dann also so sein, daß es im Wesen bestimmter Milieusituationen liegt, qualitativ eigenartige Reaktivitätsformen zu qualitativ divergenten Reaktionen zu veranlassen.

Hieraus folgt: die Arten der Milieuabhängigkeit ergeben sich einmal aus den Arten der Reaktivität, welche nur mit bestimmten Milieureizqualitäten adäquat reagieren; zweitens aus den Arten der Milieureize, die zu einer antisozialen, beziehungsweise normwidrigen Reaktion besonderer Reaktivitätsqualitäten bedürfen. Diese beiden Gesichtspunkte durchdringen sich in unserem Begriff der Milieuabhängigkeit. Man könnte prinzipiell daran denken, jeden dieser beiden Gesichtspunkte rein für sich herauszuarbeiten. Aber damit käme man zu Grenzbegriffen, die ihrerseits keine Realität haben: vom Milieugesichtspunkte aus, unter Vernachlässigung seiner Bezogenheit auf Reaktivitätsformen, käme man zum Begriff von Milieusituationen, die unter allen Umständen antisoziale Reaktionen erzwingen, oder solchen, die solche unter keinen Umständen bedingen; beides sind irreale Konstruktionen; und für das, was zwischen diesen beiden Extremen liegt, fehlte jedes Kriterium der Gliederung. Genau die gleiche Konstruktion ließe sich auch vom Gesichtspunkt der Reaktivitätsform machen, führte jedoch bei Vernachlässigung der Milieusituation ebenfalls zu fiktiven Gebilden: nämlich einem unter allen Umständen und prinzipiell immer antisozialen Reagieren einerseits, zu seinem Gegenteil andererseits. Für das Dazwischenliegende gibt es überhaupt keine Einteilung außerhalb des Milieugesichtspunktes: denn wenn ein Reaktivitätstyp sich „bald“ antisozial verhält, „bald“ nicht, so liegt bei identischem Typus die unterscheidende

Bedingung im Milieu. Weil derartige theoretische Gebilde fiktiv sind, und weil auch tatsächlich ihr Bildungsgesichtspunkt ein unnatürlicher ist, darum gehen wir eben bei der Bestimmung der Milieuabhängigkeit von dem Gesichtspunkt der verschiedenen Beziehungsqualitäten zwischen Reaktivität und Reaktionsform aus, die sich durch die Zwischenschaltung der Milieubedingungen ergeben. Wir vermeiden aber hierbei die Schwierigkeit, die exogenen Faktoren direkt neben die endogenen zu stellen, weil uns durch diese Fragestellung das unlösbare Problem, welcher Bedingungsreihe gesetzmäßig der Vorrang zukommt, entsteht.

Diese logischen Bestimmungen ließen sich noch viel genauer und in größerer Breite entwickeln; indessen glauben wir an dieser Stelle darauf verzichten zu sollen. Uns liegt mehr daran, innerhalb des so gewonnenen Begriffs der Milieuabhängigkeit noch eine qualitative Unterteilung vorzunehmen, die praktisch von unmittelbarerer Wichtigkeit ist als die prinzipiellen Entwicklungen.

Man wird rein deskriptiv mehrere Arten von Milieuabhängigkeit unterscheiden können, wenn man als deren äußeres Kennzeichen vorwiegend das Verfallen in Antisozialität benützt. Bei der ersten Art wird das Individuum — als eine passive, sozusagen amorphe, plastische Masse — von jedem Milieu und Milieuzufall ständig und bis auf die formalen Fundamente herab um- und neugebildet. Die zweite Art der Milieuabhängigkeit erstreckt sich nicht auf die Gesamtheit psychischer Bildung, sondern nur auf bestimmte und begrenzbare Weisen seelischer Tätigkeit und sozialen Verhaltens. Und diese sind auf Charakteranomalien und -Unstimmigkeiten zurückzuführen, die zwar präformiert sind, aber latent und inhaltleer verbleiben könnten, wenn nicht das Milieu sie zugleich aktualisierte und mit jeweils besonderen Inhalten und Merkmalen versehen würde. Die dementsprechenden besonderen Folgewirkungen sind also zwar reine Milieuwirkungen, und sie sind auch je nach dem Milieu von einander völlig verschieden: und dennoch eignet ihnen eine gemeinsame formale psychische Basis, deren Existenz vom Milieu unabhängig ist, so fest verankert ihre Funktionsmöglichkeit an der Voraussetzung des auslösenden Milieus ist. Diese besondere psychische Basis bleibt auch trotz aller Milieuwirkungen unverändert bestehen. Bei einer dritten Art von Milieuabhängigkeit ist die Möglichkeit



gegeben, daß — die psychische Basis sei sonst wie sie wolle — der Einfluß des Milieus niemals ein so großer wird, daß nicht andere den Willen bestimmende Faktoren stärker wären. Hiernach ist eine Konstanz des sozialen Verhaltens gewährleistet, welche auch in einem sozial schädlichen Milieu das Zustandekommen antisozialen Verhaltens verhindert. Und diese Konstanz ist nicht ein Effekt äußerer Furcht, sondern der adäquate Ausdruck des psychischen Wesens dieser Menschen, soweit dasselbe innerhalb der Sozietät reagiert.

Es gibt natürlich Übergänge zwischen diesen drei Gruppen. Aber an sich sind sie durch bloße Beobachtung unterscheidbar. Daß sie bestehen, liegt an den jeweiligen Besonderheiten der ihnen zugrunde liegenden Reaktivitätsformen, speziell an der Art, wie sich diese im sozialen Verhalten aktualisieren. Diese Arten der Milieuabhängigkeit lassen sich also zwar nicht auf psychologische Einheiten, nämlich auf solche der Reaktivität, zurückbeziehen; aber das Aktualitätsmoment der verschiedenen fundierenden Reaktivitätsformen ist für jede Gruppe im Effekt jeweils das gleiche.

Für die dritte Gruppe ist dieser Nachweis am leichtesten zu führen. Zu ihr gehört die Mehrzahl der sozial lebenden Menschen. Wie verschieden diese in ihrer seelischen Konstitution auch sein mögen, immer sind sie vor einem Hineingleiten in antisoziales Verhalten durch diese ihre Konstitution geschützt; wider ihre natürliche Resistenz in dieser Beziehung vermag auch ein schädigendes Milieu nichts. Es soll dabei gar nicht verkannt werden, daß tatsächlich die Mehrzahl der Menschen nicht nur hierdurch, sondern zugleich auch durch ihre ökonomische Lage und ihre sonstige äußere Situation vor dem Rechtsbrechertum bewahrt bleibt; das hindert nicht, daß diese Resistenz — auf so verschiedene psychologische Einheiten sie zurückführbar ist — als gemeinsamer Reaktivitätseffekt hinzukommt und ein besonderes Merkmal bildet, während auch ein günstiges Milieu die Angehörigen der beiden anderen Gruppen nicht vor Rechtsbruch zu bewahren braucht. Natürlich gilt all dieses nicht absolut; diese Resistenz gegenüber dem Milieu, soweit es zur Antisozialität führen könnte, kann verschiedene Grade haben, und Gelegenheits-, Not- und Affektdelikte treffen auch bei diesem Typus der Milieuabhängigkeit wohl einmal zu. Aber vom Einzelfall aus gesehen, hat die Kriminalität dieser Gruppe nichts mit dem Wesen der Charaktere zu tun, die ihr angehören.



Ein wenig schwieriger liegen die Verhältnisse schon bei der erstgenannten Gruppe von Milieuabhängigkeit. Ihre Einheit liegt in der abnorm großen exogenen Bestimmbarkeit der Reaktivität, und zwar in ihrer qualitativ allseitigen Bestimmbarkeit. Es ist keine einheitliche „Hauptorientierungslinie" der Reaktivität da, oder wenn eine da ist, so sind doch die Milieumomente von stärkerer richtungbestimmender Kraft. Das kann auf verschiedenen Anlageanomalien beruhen, mögen wir diese nun als Suggestibilität oder als Willensschwäche oder als gefühlmäßige Gleichgültigkeit und Stumpfheit oder als torpiden Schwachsinn voneinander trennen. Die Form der Milieuabhängigkeit, die als gemeinsamer Effekt dieser verschiedenartigen psychischen Strukturen und ihrer Verbindungen herauskommt, ist die der Haltlosigkeit. Der Begriff des Haltlosen oder Instable ist also kein im engeren Sinne psychopathologischer, sondern ein auf verschiedene psychopathologische Einheiten zurückgehender Mischbegriff, der erst dann möglich wird, wenn der Begriff der Milieuabhängigkeit als Einheit vorausgesetzt wird. Die Kriminalität dieses Typus hat bei aller Vielseitigkeit auch das eine gemeinsame Merkmal, welches aus der besonderen Art der Milieuabhängigkeit folgt. Sie ist reines Milieuprodukt. Zu den aktiven energischen Verbrechern gehört dieser Typus niemals, oder doch nur innerhalb einer verbrecherischen Gemeinschaft, einer Bande, und auch da nie als Führer.

Am verwickeltsten liegen die Verhältnisse bei der zweiten Art von Milieuabhängigkeit, die wir unterschieden haben. Bei ihr liegt eine elektive Abgestimmtheit von besonderen Milieusituationen mit besonderen einzelnen psychischen Zügen vor, gleichviel ob diese für das Wesen des Typus, dem sie angehören, belangvoll sind oder nicht. Es ist klar, daß sich hier eine große Zahl von graduellen Unterstufen dieser Milieuabhängigkeitsart ergeben muß, je nach der Zahl und dem Charakter der Milieusituationen, denen jene Reaktivitätszüge besonders entsprechen, und je nach der Intensität dieser Züge und ihrem Vorwiegen in der Gesamtreaktivität. Wenn man dies Wechselverhältnis nach seiner psychologischen Seite hin verfolgt, so findet man auch hier keinerlei Einheit. Aber man kann doch Gruppen von Zusammengehörigem umschreiben, die den gleichen Aktualitätseffekt der Reaktivität herbeiführen. So werden es, um bei primitiveren Funktionen zu beginnen, Triebanomalien besonderer



Art (z. B. sexuelle) sein, deren Wirksamkeit durch besondere Reize der Umwelt geweckt und mit Inhalten versehen wird. Auch allerlei andere dispositionelle Faktoren sind denkbar, deren Aktualisierung an besondere Milieuzustände und Zufälle gebunden ist. Bei komplizierteren psychischen Strukturen — und das ist das Häufigere — kommen vor allem jene besonderen Anomalien der Funktionen und Funktionszusammenhänge in Frage, deren Aufwendung das Ich in der Umwelt bei irgend einer besonderen Gelegenheit braucht, um sich — und sei es nur vor dem eigenen Selbstgefühl — durchzusetzen. Geltungsbewußtsein, Erfolgsfreude und auch ganz elementare Funktionslust sind anfangs der Lohn, später das Motiv zur Weiterentwicklung dieser Züge; und die Umwelt und jene „besondere Gelegenheit" setzt Richtung und Besonderung jener Entwicklungen. Unter sehr vielen anderen Gruppen gehören auch diejenigen hierher, deren Kriminalität durch ein besonderes äußeres Erleben provoziert wird: Michael Kohlhaas und Schillers „Verbrecher aus verlorener Ehre". Daß beim realen Einzelfall die geschilderte Wechselwirkung noch komplizierter liegt, daß primitivere und verwickeltere Strukturen sich verbinden, daß gegen ethische und andere Gegeneinflüsse des Milieus abgewogen wird: dies alles mag für unsere generelle Umschreibung außer Anschlag bleiben. Der Art nach bildet jedenfalls das Aktualitätsmoment all der hierher gehörigen verschiedenartigen Reaktivitätstypen eine Einheit, die allerdings graduell abstufbar ist. Hierher gehören die meisten Psychopathien ihrer Kriminalität nach, insbesondere ein großer Teil der hysterischen und pseudologischen Charaktere.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Professor *Liepmann* (Herzberge) herzlich danken für seine überaus wertvollen und fördernden Ratschläge bei der Darstellung der Gedankengänge dieser Arbeit, sowie für das stets freundliche Interesse, daß er ihnen entgegengebracht hat.



Über Kopfhautfalten und Haarlinien.

Von

Dr. **Rudolf Ganter,** Wormditt.

Mit 2 Abbildungen.

Über dieses Thema habe ich in der deutschen Literatur, soweit ich sie zu übersehen vermag, noch nichts gelesen. Dagegen haben zuerst italienische und dann auch englische Autoren über Kopfhautfalten geschrieben.

Den ersten Fall schilderte *Poggi* 1884 bei einem Lypemanischen: zahlreiche tiefe Furchen verliefen von vorn nach hinten über den Kopf bis in die Hinterhauptgegend. *Lombroso* fand bei einem 20 Jahre alten Mörder zwei sehr tiefe parallel verlaufende Furchen in der Gegend des linken Stirnhöckers, ferner eine Furche bei einem Kretinen, die den rechten Augenbrauenbogen senkrecht durchschnitt. *Paravicini* veröffentlichte zwei Fälle im Jahre 1902. Sie betrafen einen mikrokephalischen Idioten und einen Imbezillen mit zahlreichen Degenerationszeichen. In dem letzteren Falle verliefen vier sehr tiefe Furchen in der Fronto-Parietalgegend parallel von vorn nach hinten bis in die Hinterhauptgegend, die zwei mittleren begannen schon über der Nasenwurzel. Die Kopfhaut war verschieblich und nicht verdickt. *Besta* sah solche Furchen bei zwei mikrokephalischen und idiotischen Brüdern. *Gatti* brachte zwei Fälle, die einen mikrokephalischen Idioten und einen Kranken mit manisch-depressivem Irresein betrafen. *Bravetta* beschrieb drei Fälle: Bei einem Idioten mit vielen Degenerationszeichen zeigten sich zahlreiche Furchen in der Parieto-Okzipitalgegend. Das Hinterhaupt war flach. Der 2. Fall betraf einen Degenerierten mit Furchen in der Okzipitalgegend. Im 3. Fall endlich handelte es sich um einen chronischen Alkoholiker und Syphilitiker mit sechs langen Furchen: Die zwei äußeren begannen schon am äußern Augenbrauenrande, durchschnitten die Stirnfurchen und erstreckten sich bis zum Hinterhaupt. Die vier andern liefen über die Höhe des Kopfes weg zum Hinterhaupt.

Von englischen Autoren gaben *Cowan*, *Robertson*, *Mc. Dowall* derartige Fälle bekannt. *Mc. Dowall*, dem wir die literarischen Daten entnommen haben, schilderte eingehend den Fall eines mikrokephalen Epileptikers



bei dem vier Furchen von der Kranznaht beginnend bis zum Hinterhaupt herab zogen [1]). In der Irrenanstalt zu Morbeth fand derselbe Verf. vier weitere Fälle, wovon drei Fälle bei Idioten und ein Fall bei einem an Dementia praecox leidenden Kranken vorkamen, doch waren bei dem letzteren die Furchen wenig ausgesprochen. *Mc. Dowall* konnte auch einen Fall von Furchenbildung bei einer Frau feststellen, was der Natur der Sache nach eine Rarität ist.

Verschiedene Autoren haben neben den Hauptfurchen auch Nebenfurchen beschrieben.

Wie aus den Angaben der Autoren hervorgeht, scheint die Faltenbildung der Kopfhaut ein ziemlich seltenes Vorkommnis zu sein. Wir selbst konnten in der hiesigen Anstalt unter 108 Epileptikern und 70 Idioten nur je einen solchen Fall finden, die wir nun näher beschreiben wollen:

1. B. K. 39 Jahre alt. Keine Erblichkeit, drei gesunde Geschwister. Soll im Alter von sechs Monaten Gehirnentzündung gehabt haben, danach Krämpfe. Bildungsunfähig, untätig, reinlich, kann sprechen. Öfters leichtere und schwerere epileptische Anfälle mit nur wenigen Tagen Pause.



Abb. 1.

[1]) *Mc. Dowall*, Abnormal development of scalp. Journal of mental science, Juli 1912.

Strabismus divergens des linken Auges. Ohren anliegend, schief angewachsen, sonst o. B. Zähne defekt. Stirn quer gerunzelt. Beine und Pubes gut behaart, Haarstraße bis zum Nabel, nur wenige Haare um die Brustwarzen. Hinterhaupt flach, Stirn fliehend.

Kopfmaße: LD 17,5, U 50, SB 28, QD 12,5, FB 27, TP 12, Kg 166 [1]).

Kopfhautfalten (s. Bild): Hinter der Kranznaht beginnend laufen über das Hinterhaupt weg nach unten sechs tiefe Falten. Am ausgeprägtesten sind sie am hintern obern Teil des Kopfes (der Kopf ist leicht nach hinten geneigt). Die 3. und 4. Furche gabelt sich nach unten, die 6. nach vorn, wo sie seitlich entlangzieht bis gegen das Stirnbein zu. Die Furchen lassen sich nur sehr wenig verstreichen, die zwischen ihnen liegenden Wülste fühlen sich dick und derb an. Die Kopfhaut ist in mäßigem Grade verschieblich.

2. H. B. 31 Jahre alt. Angeblich keine Erblichkeit. Kopf schon bei der Geburt spitz und klein. Lernte erst im 3. Jahre gehen und sprechen. Bildungsunfähig, gedächtnisschwach, im Zorn bösartig, nur zu ganz gewöhnlichen Arbeiten zu verwenden.

Gaumen und Zähne o. B. Kräftiges Gebiß. Ohren o. B. Geringer Nystagmus rotatorius. Einige erbsengroße Naevi pigmentosi auf Brust, Bauch und Rücken. Pubes und die Gegend bis zum Nabel stark behaart. Lange schwarze Haare um die Brustwarzen. Arme spärlich behaart, reichlicher wieder die Schulterhöhe, die Schulterblätter, die Kreuzbein- und hintere Lendengegend. Ziemlich dichte Barthaare. Hinterhaupt flach, Stirn fliehend, Stirn quer gerunzelt. Kinn etwas zurück.

Kopfmaße: LD 15,5, U 49, SB 28, QD 12, FB 28, TP 12, Kg 154.

Kopfhautfalten: Am Hinterhaupt sind zwei etwa 8 cm lange Falten zu bemerken, die aber viel weniger ausgeprägt sind wie im vorhergehenden Falle. Viel auffälliger als die Faltung ist das dichte Zusammenstehen der Haare, so daß sie sozusagen zwei Straßen bilden. Die eine Falte zieht vom Wirbel nach unten, die andere läuft links von ihr in der Medianlinie des Kopfes. Eine 3. neben ihr verlaufende ist nur etwa halb so lang und eben noch als Haarstraße erkennbar. Eine weitere Haarstraße von 8 cm Länge verläuft in nach oben konkavem Bogen an der ersten Hinterhauptnackengrenze etwas schief von oben außen nach innen unten. Biegt man den Kopf etwas zurück, so entsteht da eine Falte. Kopfhaut von mittlerer Dicke, gut verschieblich.

Der eine unserer Fälle betraf also einen mikrokephalischen Idioten und Epileptiker, der andere einen mikrokephalischen Idioten. Der letztere Fall, bei dem die Faltung eben noch angedeutet war, bildet den Übergang zu einer von uns in fünf Fällen beobachteten Haar-

[1]) LD = Längendurchmesser, U = Umfang, SB = Sagittalbogen, QD = Querdurchmesser, FB = Frontalbogen, TP = Distanz der Tubera parietalia, Kg = Körpergröße.



stellung (Haarlinien oder Haarstraßen), bei der keine Faltenbildung mehr zu sehen war[1]). In den zwei Fällen mit Falten standen die Haare dicht in der Furche und bildeten, was besonders nach dem Kurzschnitt auffällig war, schwarze Straßen oder Linien. Jetzt finden wir die gleiche Gruppierung von Haaren, aber bei glatter Kopfhaut. So bemerken wir, wie Haare zu einer von vorn nach hinten ziehenden Linie sich ordnen. In einigen Fällen standen die Haare einfach dichter geordnet, doch scheint diese Linienbildung bisweilen auch, was besonders bei dem einen Idioten betreffenden Fall (Nr. 5) hervortrat, durch schiefe Stellung der Haare zustande zu kommen. Es zeigt sich dann ein Bild, ähnlich dem, wie wenn Soldaten ihre Gewehre oder Landleute ihre Garben gegeneinander in einer Reihe stellen. Wir wollen die fünf Fälle näher beschreiben.

1. A. P., Epilepsie und Imbezillität. 24 Jahre alt. Vater trunksüchtig, ein Bruder des Patienten Idiot. Krämpfe mit 8 Jahren. Schulbesuch mit wenig Erfolg. In den letzten Jahren häufig Anfälle, meist serienweise auftretend. Starker Stimmungswechsel.

Rechte Gesichtshälfte etwas kleiner. Ohren anliegend, schief angewachsen. Läppchen in die Wange sich hinziehend. Zähne o. B. Unterschenkel stark behaart, Arme wenig, Brust nicht. Kopfhaare vorn und seitlich weit in die Stirne. Hinterhaupt flach, Stirn fliehend.

Kopfmaße: LD 17,5, U 55, SB 31, QD 14, FB 31, TP 14, Kg 159.

Haarlinien: In der Haarwirbelgegend zwei 3—4 cm lange Haarlinien, rechts und links davon je eine solche von 1—2 cm Länge. Kopfhaut mäßig verschieblich.

2. F. W. Idiotie und Epilepsie. 14 Jahre alt. Unehelich. Soll im 1. oder 2. Lebensjahr an Windpocken und Diphtherie erkrankt sein. Danach Krämpfe. Reinlich, bildungsunfähig, undeutliche Sprache, nur fähig zu ganz einfachen Arbeiten. Im Monat 2—3 Anfälle.

Mittlere obere Schneidezähne schaufelförmig. Ohrläppchen angewachsen, Anthelix hervortretend. Strabismus convergens. Stirn niedrig, fliehend, Hinterhaupt gewölbt.

Kopfmaße: LD 15,5, U 48, SB 27, QD 11, FB 27, TP 12, Kg 149.

Haarlinien: Von der Haarwirbelgegend gehen 5—6 Haarlinien von 1—2 cm Länge nach unten ab. Kopfhaut mäßig verschieblich.

3. L. O. Epilepsie mit sekundärem Schwachsinn. 49 Jahre alt. Vater epileptisch. P. besuchte die höhere Knabenschule. Krämpfe mit 13 Jahren. Zeitweise gehäufte Anfälle, in letzter Zeit weniger.

---

[1]) Die oben erwähnten Autoren sprechen nur von Falten, nicht aber von Haarlinien.

Ohren anliegend. Anthelix vortretend. Zähne fehlen. Beine und Pubes gut behaart, ebenso die Vorderarme. Brust nicht behaart. Augenbrauen buschig, zusammenstoßend. Hinterhauptschuppe sich vorwölbend, der darüber gelegene Teil flach.

Kopfmaße: LD 18,5, U 57, SB 30, QD 14, FB 30, TP 13,5 Kg 175.

Haarlinien: Links vom Haarwirbel verläuft eine Haarlinie über den hintern obern Teil des Kopfes, eine kürzere Linie verläuft rechts vom Haarwirbel. Kopfhaut hinten oben gut beweglich.

4. J. S. Epilepsie mit Schwachsinn mäßigen Grades. 51 Jahre alt. Erster Anfall mit 39 Jahren. P. ist verheiratet, hat einen Jungen, der sehr schwer lernt. 1—2 schwerere und einige leichtere Anfälle im Monat.

Gaumen breit, sehr breites Gesicht. Plattfüße. Zahlreiche bis taubeneigroße schwammige Hautgeschwülste am ganzen Körper. Hinterhaupt mäßig flach, Stirn fliehend.

Kopfmaße: LD 18, U 58, SB 30, QD 14, FB 31, TP 14,5, Kg 159.

Haarlinien: Links vom Haarwirbel verläuft eine mehrere Zentimeter lange Haarlinie in der Richtung von vorn nach hinten. Kopfhaut des Hinterkopfes gut verschieblich.

5. A. B. Idiot. 13 Jahre alt. Kann nur mit Mühe gehen, kann nicht sprechen, unreinlich, muß in allem gewartet werden, kein geistiger Funke vorhanden.

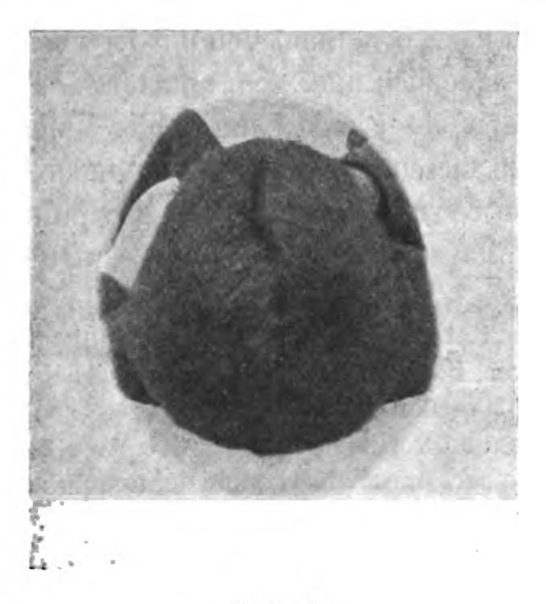


Abb. 2.

Trigonokephalie. Gaumen schmal, hoch. Zähne des Unterkiefers vor denen des Oberkiefers. Zunge zwischen den Zähnen. Ohren anliegend, Anthelix wulstig vor. Nystagmus horizontalis. Parese des Levator palpebrae superioris. Geringe Kyphose. Plattfüße. Hodensack leer. Säbelscheidenförmige Unterschenkel.



Kopfmaße: LD 16,5 U 52, SB 31, QD 11,5, FB 31, TP 14, Kg 104.

Haarlinien: Zwischen den Tubera parietalia zwei Haarwirbel, von deren Berührung aus verläuft längs der Pfeilnaht eine nicht ganz gerade, wie ein Grat sich erhebende Haarlinie bis zur Haar-Stirngrenze, wo sie in einem nach rechts umbiegenden Haarwirbel (Frontalwirbel) endet. Siehe Abbildung Nr. 2.

Kopfhaut ziemlich dünn, straff anliegend [1]).

Nun tritt die wichtige Frage an uns heran: Wie sind diese Falten und Haarlinien entstanden, und welches ist ihre Bedeutung? Was zunächst die Falten betrifft, so war es, da sie vor allem bei mikrokephalen Idioten gefunden wurden — auch unsere zwei Fälle gehören dahin —, das Einfachste anzunehmen, daß nach dem Stillstand des Schädelwachstums die Haut weiter wachse, und da sie zu weit wurde, sich in Falten lege (*Poggi*). Diese Theorie wurde widerlegt, als, wenn auch vereinzelt, solche Falten auch bei normalem Schädelwachstum gefunden wurden. Auch gibt es Mikrokephale hohen Grades, die eine mitteldicke, verschiebliche Kopfhaut haben, ohne die geringste Spur einer Faltenbildung. Einer der von uns untersuchten Idioten bot folgende Kennzeichen: Kopfumfang 44 cm, Stirn fliehend, Hinterhaupt hinten oben flach, Kopfhaut von mittlerer Dicke, dichtes Haar, Kopfhaut gut verschieblich und 2 cm abhebbar. Trotzdem man hier die Haut als zu weit bezeichnen kann, fehlte jegliche Faltenbildung. Das Gegenstück zu diesem Falle bilden vier andere Fälle von Idiotie und Mikrokephalie verschiedenen Grades (Kopfumfang 48, 50, 53, 54 cm), deren Kopfhaut eine mittlere Dicke zeigte und nicht verschieb-

[1]) Wir beobachteten auch einen schwachsinnigen, aber nicht mikrokephalen Epileptiker, bei dem unter dem Haarwirbel eine 4—5 cm lange Haarlinie wagerecht verlief, von der zwei kürzere senkrechte nach unten abgingen. Links davon verliefen schräg zwei etwa 1—2 cm lange Haarlinien, die aber sicher durch Narbeneinziehungen zustande gekommen waren. Auch ist es nicht ganz ausgeschlossen, daß die andere Haarlinie ihre Entstehung einem früheren Trauma verdankte, wenn auch an der Haut nichts zu sehen war.

Mittlerweile haben wir noch einen Fall bei einem 6 jährigen anscheinend nicht schwachsinnigen Knaben gesehen. Es bestand ein Hydrocephalus mäßigen Grades. Zwischen den 2 Haarwirbeln zog ein ausgeprägter 6 cm langer Haarkamm nach vorn. Im übrigen waren nur unbedeutende Degenerationszeichen zu sehen, wie angewachsenes Ohrläppchen, Aufbeißen der Zahnreihe.



lich war: Es war also trotz Stillstandes des Schädelwachstums die Haut nicht zu weit geworden. Und in der gleichen Weise wie die Haut bei einem mikrokephalen Schädel bald unverschieblich und anliegend, bald verschieblich und abhebbar ist, kann sie bald das eine, bald das andere auch bei normalem Schädelwachstum sein. In 28 Fällen von Epilepsie und 20 Fällen von Idiotie mit innerhalb der Grenze des Normalen schwankenden Kopfgrößen fanden wir die Kopfhaut von mittlerer Dicke und gut verschieblich. In einem Falle von Diplegia infantilis spastica und Schwachsinn war die Haut dünn und 2—3 cm abhebbar. Wir konnten also keine besonderen Beziehungen zwischen der Beschaffenheit der Kopfhaut mit und ohne Faltenbildung und der Größe und Form des Schädels feststellen. Nur in Fällen von beträchtlichem Hydrocephalus ist die Ausdehnung der Kopfknochen von Einfluß auf die Haut: In drei Fällen von Hydrocephalus mit einem Kopfumfang von 64, 69 und 75 cm fanden wir die Kopfhaut dünn und straff anliegend.

Poggi äußerte auch die Meinung, es handle sich bei der Faltenbildung um Hauthypertrophie, *Amadei* sprach von Elephantiasis.

Paravicini, *Lombroso* und *Gatti* erblickten in den Kopfhautfurchen Fortsetzungen der Stirnfurchen, wie sie von der Glabella ausgehen. Und in der Tat sind ja Furchen beschrieben worden, die sich von der Nasenwurzel oder dem äußern Lidrand bis zum Hinterhaupt erstreckten. Allerdings eine Erklärung war das noch nicht.

Bravetta wollte in der Faltenbildung eine atavistische Erscheinung erkennen, da sie besonders bei Idioten und Degenerierten vorkämen und auch bei Tieren sich fänden, wie bei Hunden, Katzen, Affen. Sie kommen hier durch Kontraktion der Supraaurikularmuskeln zustande. *Gatti* beobachtete einen solchen Fall beim Menschen, wo das Ohr nach vorn und hinten bewegt werden konnte.

Paravicini untersuchte dem Lebenden entnommene Stückchen Kopfhaut, konnte aber keine Abweichungen vom Normalen feststellen.

Etwas mehr Licht kam in das Dunkel der Frage, als die Autoren die Untersuchungen *Langers* über die Spaltbildungen und den Faserverlauf der Haut zu Rate zogen, wodurch wenigstens die Anordnung und der Verlauf der Falten dem Verständnis näher gebracht wurden.

Keine der Theorien befriedigt unser Erklärungsbedürfnis ganz, aber da und dort liegt ein Körnchen Wahrheit. Sehen wir zu, wo sonst noch am Körper Faltenbildungen entstehen, so finden wir sie über den Gelenken und an Orten, wo Muskeln die Haut immer in einer bestimmten Richtung bewegen (an Stirn, Augenlidern, Mund, Hand-

teller, Hodensack): Falten der Ortsbewegung. Diese Falten verlaufen in der Faserrichtung der Haut. Hier setzt die atavistische Theorie ein: In Urzeiten konnte der Mensch die Kopfhaut mit dem Biceps epicranii und den Ohrmuskeln ebenso gut bewegen wie die oben genannten Tiere. Jetzt freilich sind diese Muskeln verkümmert und funktionsunfähig, aber gerade ihre traurigen Reste sprechen eine beredte Sprache. Man wird kaum viel gegen diese Theorie sagen können, und doch gefällt sie uns nicht ganz.

Die Mikrokephalie wurde früher auch einmal als Atavismus angesehen, und ist es nicht. So könnte es auch mit den Kopfhautfalten gehen. Sehen wir, ob nicht eine andere Erklärung mehr für sich hat. Die Faserrichtung der Haut verläuft in bestimmten Richtungen. Wie nun, wenn im Laufe der Entwicklungszeit durch irgendwelche uns unbekannte Ursachen eine Verlagerung oder Hypertrophie gewisser Hautelemente zustande käme. Erinnern wir uns an unsern ersten Fall: Die Wülste fühlen sich dick und derb an, die Furchen dagegen dünner. Entweder haben da die Hautfasern in einer bestimmten Richtung eine Zusammendrängung erfahren, oder sie sind hypertrophiert, oder, was allerdings wegen der Derbheit weniger wahrscheinlich ist, es hat sich — man denke an die faltenbildenden Fetthälse — in größerer Menge Fett eingelagert. Wir hätten es demnach mit einer Anlageanomalie der Hautelemente zu tun. Es gibt ja auch noch andere Bildungsanomalien der Haut, z. B. ihre übergroße Dehnbarkeit, wie sie uns einmal als Merkwürdigkeit von Prof. *Wiedersheim* in Freiburg i. B. an einem herumziehenden Menschen gezeigt worden war. Wie die Kopfhautfalten, müssen auch die Haarlinien oder Haarstraßen zu den Bildungsanomalien der Haut gerechnet werden. Sie sind sozusagen die Miniaturausgabe der Falten. Entweder stehen hier die Haarpapillen dichter zusammengedrängt, oder sie sind schief gegeneinander gerichtet, letzteres wohl in Fall 5. Für die Annahme einer Bildungsanomalie spricht weiter der Umstand, daß die Kopfhautfalten bisher nur bei mikrokephalen Idioten und Epileptikern und bei sonst stark degenerierten Individuen beobachtet worden sind, Individuen, die, wie auch unsere Fälle, zudem noch eine erhebliche Anzahl von Degenerationszeichen, worunter auch anderweitige Anomalien der Behaarung, aufweisen. Desgleichen betreffen unsere fünf Fälle mit Haarlinien Individuen mit

noch andern Degenerationszeichen, mögen sie auch teilweise, wie in Fall 3 und 4, nicht so zahlreich und schwer sein wie in den übrigen Fällen.

Den letzten Grund der genannten Bildungsanomalien vermögen wir ebensowenig zu erkennen, wie wir zu begreifen vermögen, warum der eine Mensch ein angewachsenes Ohrläppchen hat, der andere nicht, warum der eine ein dickes, der andere ein dünnes Schädeldach sein eigen nennt etc. Wohl aber sind wir imstande, auf Grund von Erwägungen und Vergleichen einen Befund einer bestimmten Gruppe von ähnlichen Erscheinungen einzureihen und sie so unserem Verständnis näher zu bringen. In diesem Sinne geben uns unsere Untersuchungen die Berechtigung, die Kopfhautfalten und Haarlinien der großen Familie der Degenerationszeichen zuzurechnen.



Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen bösartigen Geschwülsten und Geisteskrankheiten.

Von

Dr. **Ernst Müller**, Oberarzt an der Heilanstalt Waldbröl.

Da infolge von bösartigen Geschwülsten des Körpers Melancholien oder solchen des Gehirns Epilepsien und andere Geisteskrankheiten erwiesenermaßen entstanden sind, möchte ich an der Hand eines einjährigen Beobachtungsmaterials (Oktober 1912 bis Oktober 1913) aus der Heilanstalt Waldbröl einige Beispiele hinzufügen, die, wenn sie auch weniger die Entstehung oder Förderung einer seelischen Erkrankung durch einen malignen Tumor erweisen, doch die vielfachen Beziehungen dartun, welche solche Neubildungen, wenn sie während einer Geistesstörung auftreten, für den Körper und die Psyche des Kranken entstehen lassen.

Bevor ich auf die einzelnen Fälle eingehe, möchte ich etwas über die Literatur der bösartigen Geschwülste als solche bringen, weil ich die dann später zu behandelnden Tumoren meist mikroskopiert habe, so daß um so leichter vom allgemeinen Überblick aus die Art, Örtlichkeit und Wirkung der Geschwülste verständlich erscheine.

Lewin schreibt der Erblichkeit der bösartigen Geschwülste keine nennenswerte Rolle zu; die Erblichkeit in Familien sei mehr bloß eine scheinbare und eher durch Ansteckung zu erklären. Die Möglichkeit einer Ansteckung sei erwiesen. Sogar Krebsendemien — Krebs wird hier als Sammelbegriff für Karzinome und Sarkome gebraucht — kämen vor. Ob ein Krebstoxin existiere, das die Krebskachexie hervorruft, stehe noch nicht fest. „Die mangelnde Nahrungsaufnahme, sei es infolge mechanischer Hindernisse durch den Sitz der Geschwulst, sei es infolge der psychischen Depression, ein Moment, das *von Leyden* immer betont, hat eine derartige Schwächung und Benachteiligung aller Körperfunktionen zur Folge, daß wir häufig nicht mehr unterscheiden können, was die Folge der Krankheit und ihrer spezifischen Einwirkung und was als Begleiterscheinung aufzufassen ist. Die chemisch-biologische Erforschung hat uns nur gelehrt, daß der Stoffwechsel des Krebskranken eine spezifische Erscheinung nicht zeigt, und daß der Chemismus der Krebszelle abnorm



ist. Ob diese Veränderung des Chemismus der Krebszelle aber eine Ursache oder eine Folge der Krebskrankheit ist, das bedarf noch weiterer Feststellungen.“ Was die Ätiologie der malignen Tumoren beträfe, so kämen mehrere Momente in Betracht: 1. die Tuberkulose: „In der Hälfte aller Fälle tritt die Karzinombildung lediglich zu alten, in Heilung begriffenen tuberkulösen Prozessen hinzu. Es kann aber auch eine alte Tuberkulose zu neuer Eruption durch die Karzinombildung angefacht werden. Die Tuberkulose schafft in manchen Fällen eine Disposition zu bösartigen Geschwülsten, wie aus dem Befunde von Karzinomen und in seltenen Fällen auch von Sarkomen auf dem Boden lupöser Erkrankungen hervorgeht.“ 2. Die Syphilis: Es treten maligne Tumoren im Anschluß an hereditäre Lues oder luische Prozesse auf. 3. Würmer. 4. Mikroorganismen. 5. Die Wirkung durch einen Reiz und dadurch zunächst bedingte Zellveränderung. 6. Die Disposition. — *Lewin* unterscheidet bösartige Geschwülste der Bindesubstanz = Sarkome, und bösartige epitheliale Neubildungen = Karzinome.

Löwenthal: „In vielen Fällen entsteht die erste Grundlage zur Geschwulstbildung durch eine einmalige traumatische Einwirkung. Gliome des Gehirns haben vorzugweise an solchen Teilen desselben ihren Sitz, welche leicht einem Trauma ausgesetzt sind.“

H. Hoffmann: Diffuse Karzinommetastasen kommen in der Pia mater vor und können Meningitis verursachen. „Die Häufigkeit von zerebralen und meningealen Symptomen bei ausgedehnter Metastasierung von Karzinomen und anderen malignen Tumoren, bei denen sich auf dem Sektionstisch und auch unter dem Mikroskop keine Veränderung am Gehirn und den Meningen nachweisen ließ, führte *Oppenheim* unter anderem zu der Annahme rein toxisch bedingter Gehirnerscheinungen auch für Fälle, in denen sich nur geringe oder der Lokalisation oder dem klinischen Bilde nicht entsprechende starke Veränderungen vorfanden.“

Götting: „Es können unabhängig voneinander Tumoren der verschiedensten Art, bindegewebiger und epithelialer Herkunft, benigner und maligner Natur, sich in einem Organismus kombiniert vorfinden.“

Lindemann: Das Karzinom kann schon im jugendlichen Alter entstehen.

Hansemann: Bei Tumoren können Verkalkungen auftreten, auch wenn sie zu dem Knochensystem gar keine Beziehungen haben. Ausgedehnte solche Verkalkungen, die mit dem Knochensystem nicht im Zusammenhang stehen, sind in bösartigen Geschwülsten ziemlich selten. „Je stärker die Anaplasie (= der Grad der Abweichung vom Muttergewebe), um so größer die Neigung zur Metastasenbildung.“

Ackermann: „Die Zellen der Sarkome sind nichts anderes als gewöhnliche oder hypertrophische Bindegewebszellen.“

Ziegler: „Im allgemeinen scheint bei der Bildung eines Sarkoms das einmalige Trauma, bei der Entstehung eines Karzinoms der chronische Reiz die gewichtigere Rolle zu spielen.“

Über die Beziehungen bösartiger Geschwülste zu Geisteskrankheiten bringt die Literatur:

Ploenies sah bloß mäßige Depressionszustände im Anschluß an Magenkrebs; über psychische Folgezustände bei anderen Magenläsionen, aus denen zum Teil ja auch Karzinome entstehen können, berichtet er: Magenkranke können infolge ihres Leidens so heftige Zwangsvorstellungen haben, daß sie fürchten geisteskrank zu werden. 5 Frauen, die am Magen litten, waren geisteskrank geworden. Bei einigen Fällen verschwand die Psychose bei Heilung des Magenleidens. „*Hartenberg* hebt hervor, daß viele Psychoneurosen durch geringe körperliche Leiden ausgelöst werden können und erst mit der Heilung der somatischen Leiden verschwinden. Die Steigerung der psychischen Erregbarkeit durch gastrogene Toxine, wie sie gleichzeitig vorhandene Gährungs- und Zersetzungsprozesse bei Magenläsionen bilden, spielt eine große Rolle bei der Hervorrufung der Zwangsvorstellungen. Wir haben also leider in den Folgen der Magenerkrankungen, der Toxinbildung und der Läsionsreizung, zwei außerordentlich wichtige Faktoren vor uns, Psychosen schon bei nicht psychopathisch Belasteten, umsomehr erst bei psychopathisch Belasteten hervorzurufen. Von jeher hat man in der Unterernährung und der Anämie die hauptsächlichste materielle körperliche Grundlage für die Psychosen erblickt. Beim Krebs ist die psychische Einwirkung nicht so groß wie bei anderen Magenläsionen. Das Karzinom mit seinen zum Untergang der Nerven führenden Wucherungen bietet in seinen durch nachträglichen Zerfall entstandenen Läsionen keinen so günstigen Boden für reflektorische Reizerscheinungen dar, wie die gutartigen Magenläsionen."

Elzholz: „Psychosen bei Karzinom sind ein äußerst seltenes Vorkommnis, demgemäß sind auch die darauf bezüglichen Literaturangaben sehr dürftig."

Esquirol verzeichnet unter einer erheblichen Anzahl von obduzierten Fällen, die das Bild der Verworrenheit darboten, vier Fälle von Karzinom verschiedener Abschnitte des Intestinaltraktus.

Friedreich berichtet über einen von *Matthé* mitgeteilten Fall einer bis zum Exitus dauernden Tobsucht bei einem mit Skirrhus des Pylorus behafteten Weibe.

Berthier stellte im Jahre 1869 ein kankeröses Irresein auf; seine Fälle betrafen Geistesstörungen bei enzephalem Krebse.

Karzinommetastasen im Gehirn, ausgegangen von einem primären Magenkarzinom, in einem Falle *Percy Smiths*, täuschten das Bild einer progressiven Paralyse vor.

Griesinger betont das seltene Vorkommen von Magenkrebs bei Irren und erwähnt nebenbei, daß krebsige Degenerationen der männlichen und weiblichen Genitalien bei Irren vorkommen.

Sponholz beobachtete in zwei Fällen Karzinom bei Verrückten. Ein



ätiologischer Zusammenhang zwischen Karzinom und der Psychose kommt mit Rücksicht auf die Natur der letzteren nicht in Betracht.

v. Krafft-Ebing findet, daß nur selten die bösartigen Neubildungen zu psychischen Störungen führen.

Kräpelin nennt bei Besprechung des Einflusses der Stoffwechselkrankheiten auf die Gehirnernährung unter anderem das Karzinom.

L. Mayer, *Ripping* und *Hergt* berichten über einzelne Fälle von Geistesstörung bei bösartigen Degenerationen der Genitalsphäre. *Mayer* beschrieb einen Fall von Tobsucht, *Ripping* einen Fall von Melancholie. In einem Fall von *Hergt* erkrankte die an periodischer Tobsucht leidende Patientin beim Ausbruch des Karzinoms an Melancholie. *Hergt* ist nicht geneigt, einen Zusammenhang zwischen Psychose und Karzinom zu akzeptieren, *Elzholz* fügt hinzu, in seinem Fall wohl auch mit Recht.

Bei einer Reihe anderer hervorragender Autoren älterer und neuerer Zeit sucht man vergebens nach einem Hinweis bezüglich des Einflusses karzinomatöser Leiden auf die Psyche.

v. Krafft-Ebing betont, daß die bösartigen Neubildungen höchstens im Stadium des Marasmus zu Inanitionsdelirien führen.

Becquet erwähnt in seiner Arbeit „Du delire d'inanition dans les maladies" einen mit Magenkrebs behafteten Koch, der ein zweitägiges Delir vor dem Tode hatte.

Vielleicht sind in den Schilderungen der Psychosen, wie sie bei chronischen Inanitionen, einem anerkannten ätiologischen Moment für Hervorrufung von Geistesstörungen, zur Entwicklung gelangen, von den Autoren auch jene Krankheitsbilder einbezogen, die auf dem Boden einer Karzinomkachexie erwachsen. *Schüle* macht für seine Gruppe mit Erscheinungen einer stupiden Melancholie Inanitionsvorgänge verantwortlich.

Elzholz macht einen Fall bekannt, der mit Karzinom eines Bronchiolus, von Lymphdrüsen der Halsgegend, sekundärem Karzinom der Lendenwirbelsäule und Delirien, Gesichtstäuschungen und Angstgefühlen einherging und mit dem Tode endigte, ferner weitere Karzinomfälle bei Psychosen. Der zweite Fall betraf einen Pyloruskrebs mit Stenosierung und Kompression des Ductus choledochus und Dilatation der großen Gallenwege (Icterus gravis) — es bestanden Halluzinationen, Verwirrtheit und motorische Erregtheit —, der dritte ein Rektumkarzinom mit Delirien depressiven Inhalts. Es war außerdem ein oberflächlicher Erweichungsherd im Gehirn vorhanden, eine jauchige Periproktitis, eine Phlegmone in den Leistengegenden und eine Nephritis. Die Person war im Anschluß an eine wegen ihres Karzinoms gemachte Kolotomie geistesgestört geworden, hatte einen Selbstmordversuch gemacht und Gegenstände zertrümmert. Gestützt wird die Annahme, daß in den beiden letzten Fällen das Karzinom die Schädigung im Zentralnervensystem und die Störung im Zentralorgan des Bewußtseins bewirkte, durch die ätiologischen Befunde im Rückenmark, die den von *Lubarsch* über Rückenmarksverände-



rungen bei Karzinomatösen gemachten Angaben entsprechen. In Fall 1 fanden sich degenerierte Fasern in den hinteren Wurzeln des Halsmarks, im zweiten Falle Degenerationen in der Höhe des zweiten Zervikalnerven in den Fasern der hinteren Wurzeln, ferner in den Fasern beider Hinterstränge und des rechten Seitenstrangs. *Elzholz* bemerkte auch ähnlichen Krankheitsverlauf der drei an Sinnestäuschungen, Verwirrtheit und Depression leidenden, im vorgerückten Alter stehenden Fälle und Krankheiteinsicht in den freieren Intervallen. Der Ikterus, die Eiterung und die Nephritis brauchen nicht die Ursache der beschriebenen Geistesstörungen zu sein.

Lubarsch hat die dem Karzinom zukommende Oligämie und Hydrämie, die Giftwirkung der in den Kreislauf aufgenommenen Zerfallprodukte des Krebses und die an Magen oder Darm bei dort lokalisiertem Sitze des Karzinoms vor sich gehenden Zersetzungen und Autointoxikationen als Ursache für Rückenmarksveränderungen herangezogen.

Nach dieser einleitenden Betrachtung gehe ich zu unseren Erkrankungsfällen über.

1. Fall. — Der Kranke S., ein Schuhmacher, starb am 24. X. 12 im Alter von 69 Jahren an Magenkrebs. Er litt schon als Kind an epileptischen Anfällen, später außerdem an Gehörstäuschungen, hypochondrischen Wahnvorstellungen und Größenideen. Zeitweise war er sehr gereizt und neigte zu Tätlichkeiten gegen seine Umgebung. Allmählich verblödete er, so daß er schließlich ganz gleichgültig war. S. wurde marastisch und im Gesicht leicht gelb. Als er am 22. X. einen epileptischen Anfall hatte, trat danach ein kollapsartiger Zustand ein. Am folgenden Tage besserte sich das Allgemeinbefinden, doch blieb der durch Arteriosklerose schon an und für sich veränderte Puls schlecht. Am 24. X. nahm er mittags und abends noch flüssige Kost, erbrach aber nach dem Abendessen kaffeesatzartig und starb nach einigen Stunden. Die Diagnose Magenkrebs wurde bei der Leichenbesichtigung gestellt, indem die gelbliche Verfärbung des ganzen Körpers und die kurz vor dem Tode erbrochene bräunliche, aus Nase und Mund ergossene Flüssigkeit dieselbe nahelegten. Die Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. Es fand sich ein Pyloruskrebs vor, indem die Magenwand an der betreffenden Stelle bis auf 1 cm verdickt, grauweißlich verfärbt, derb, auf dem Durchschnitt gallertig glänzend und ihre Schleimhaut teilweise unterminiert war. Allerdings wurde die Diagnose in dem Fall bloß makroskopisch, aber zweifellos richtig gestellt. Dieselbe wurde vollends durch die gleichzeitig vorhandene Magenerweiterung bestätigt. Differentialdiagnostisch käme höchstens ein Ulcus callosum in Betracht, aber die geschwürigen Schleimhautpartien zeigten nichts von der dem Ulcus callosum anhaftenden Härte.

Nach dem Krankheitsverlauf muß angenommen werden, daß der epileptische Anfall am 22. X. deshalb von so verderblicher Wirkung werden konnte, weil der Körper schon durch den Krebs geschwächt war.



Auffallend ist, daß bei dem Kranken vor dem 24. X. nie Erbrechen, Stuhlunregelmäßigkeit oder Schmerzäußerungen beobachtet wurden. Daß er keine Schmerzen äußerte, hängt einerseits mit seiner Stumpfheit, andererseits damit zusammen, daß Karzinome ähnlich wie die Tuberkulose anfänglich keine Schmerzen zu verursachen brauchen. Man erinnere sich nur, daß Blutspucken oder Blutabgang aus dem After manchmal der erste Fingerzeig sind, daß eine schon fortgeschrittenere Lungentuberkulose beziehungsweise ein schon fortgeschrittenerer Darmkrebs vorhanden sind. Aus dem Ganzen geht hervor, daß nicht nur äußere, sondern auch innere Reize auf die sensibelen Nerven des Patienten eine geringere Wirkung hervorbrachten, als das beim geistig normalen Menschen der Fall gewesen wäre. Die Stumpfheit vieler Geisteskranken läßt diese die Speisen, auch wenn sie noch heiß sind, gierig verschlingen, der Magen gewöhnt sich an die derbe Behandlung und wird seinerseits nicht bloß gefühlloser, sondern reagiert im Verein mit anderen, später zu besprechenden Ursachen, indem es zur Geschwulstbildung kommt. Nur so kann das Ausbleiben des Erbrechens erklärt werden, indem eine Unterempfindlichkeit der Magennerven angenommen werden muß. Zweifellos dürfte eine wie im vorhandenen Fall vorliegende Verblödung auch eine gewisse Rückwirkung auf die Körpernerven im allgemeinen ausüben, denn sonst wäre es unerklärlich, wie ein so schweres Leiden so wenig empfunden und dem Vorhandensein desselben so wenig Beachtung von seiten des Patienten geschenkt werden konnte. Wenn man bedenkt, wie empfindlich der menschliche Magen gegen Wärme und Kälte und ein Zuviel an Speisen ist, so leuchtet ohne weiteres ein, daß derjenige Geisteskranke, dem in seiner Stumpfheit dieses Gefühl allmählich verloren geht, durch Einverleibung zu warmer oder zu vieler Speisen seinem Magen einen chronischen Reiz setzt, der zur Krebsentwicklung förderlich sein kann.

2. Fall. — Der Kranke R. starb am 30. X. 13 im Alter von 70 Jahren und zwar nicht an einer Todesursache allein, sondern, wie das bekanntlich öfters der Fall ist, an mehreren, die zusammenwirkten. Er hatte infolge eines Amputationsstumpfes am rechten Bein und als Ortsarmer jahrelang in einem Krankenhaus gelebt und war da mit seinem Stelzfuß umhergegangen. Anfang Januar 1913 fiel er durch unruhiges Wesen und Unreinlichkeit auf und kam deshalb in unsere Anstalt, wo der Grund des wahrscheinlich bloß exazerbierten geistigen Leidens klar wurde; R. brachte eine Lungenentzündung mit. Der Kranke bot das Bild der Dementia senilis dar. Gleich bei seiner Aufnahme klagte er über Magenschmerzen — die Zunge war stark belegt — und äußerte Lebensüberdruß. Fieber bestand nicht, doch kann man wohl an Kollapstemperaturen denken. In der Pylorusgegend war eine deutliche Geschwulst fühlbar und ein Teil derselben als vergrößerte, verschiebliche Drüse zu erkennen. Die Haut des Patienten zeigte leichte gelbliche Verfärbung. R. klagte manchmal über Verstopfung, obwohl das Abdomen weich war, hatte später zweimal



nachts vier epileptiforme Anfälle, war dann einige Zeit leicht benommen und bekam nach Ablauf des akuten Stadiums der Lungenentzündung ein Rezidiv. Er wurde teilnahmloser und verblödete immer mehr. Seine chronischen entzündlichen Veränderungen in den Lungen verursachten ihm asthmatische Beschwerden. Schließlich starb er an pleuritischen Ergüssen, Magenkrebs und Altersschwäche. Die Sektion bestätigte die Diagnosen. Der Magen war in mittlerem Grade erweitert, die Schleimhaut im allgemeinen glatt und die Magenwand normal, bloß die Pförtnergegend deutlich intumesziert. Das mikroskopische Präparat des Pylorusabschnitts zeigte typischen Magenkrebs.

Bei Betrachtung seines Intestinalleidens ist zunächst zu bemerken, daß er leicht über Verstopfung klagte, und zwar auch dann, wenn keine solche nachweisbar war. Offenbar hatte er die enge Pyloruspassage mit Obstipation verwechselt [1]).

Erbrechen wurde nie beobachtet, eine Erklärung dieses seltsamen Phänomens habe ich oben gegeben. Auffallend war, daß der Kranke, als er in die hiesige Anstalt kam, von Lebensüberdruß sprach; ich möchte in der Beziehung dem Karzinom deshalb eine ursächliche Rolle mit zuschreiben, weil nur zu gut bekannt ist, daß Krebse, namentlich Magenkrebse, eine traurige Verstimmung verursachen können. Ich erinnere mich einer in der Jenenser Irrenklinik Verstorbenen, die an Melancholie gelitten hatte und bei der Obduktion ein beginnendes Magenkarzinom auf dem Boden eines Geschwürs darbot. Die epileptiformen Anfälle wird man auf Rechnung der Dementia senilis und nicht der Krebskachexie setzen; denn über letztere ist man noch wenig unterrichtet, während es bekannt ist, daß bei dem Altersschwachsinn sehr wohl, auch ohne bei der Sektion makroskopisch nachweisbare Ursachen zu zeigen, epileptiforme Anfälle auftreten können. Solche Anfälle werden sich um so leichter ereignen, wenn, wie hier, körperliche Gebrechen (Magenkrebs, chronische Lungenindurationen) kollapsartige Zustände begünstigen. Auch hier bemerken wir wieder das Ausbleiben des Erbrechens; der ebenfalls verblödete Kranke hat wenigstens die Empfindung einer Störung in seinem Magendarmtraktus gehabt, so daß man in diesem Fall eine geringere Unempfindlichkeit der inneren Nerven annehmen muß. Das entspricht auch ganz dem gegenüber Fall I geringeren Grad des Schwachsinns. Der andere Patient war durch Wahnideen, die auch aufs religiöse Gebiet hinüberspielten, ganz abgelenkt.

Was die Ätiologie dieser beiden Krebse betrifft, so kann man deshalb

[1]) Einen ganz ähnlichen Fall erlebte ich in einer hessischen Irrenanstalt, wo eine ältere Epileptische, sobald sie vom Arzt angesprochen wurde, von Verstopfung sprach und sicher öfter grundlos — auch sie erlag nach einiger Zeit einem Magenkrebs und hatte, wie Fall I, bloß einmal vor ihrem Tode erbrochen.



wenig über dieselbe sagen, weil wir keine ausgiebige Anamnese vor uns haben und der Vererbung, wenn auch keine große, doch manchmal eine gewisse Rolle zukommt. Was die Annahme betrifft, das Hinabschlingen zu heißer Speisen durch die Kranken trage zur Bildung der Magenkrebse bei, so kann ich dem um so mehr beistimmen, als ich mehrfach Magenkrebse, wenn auch nur als Nebenbefund, bei Sektionen von Paralytikern fand, welche Art von Geisteskranken das gierige Herabschlingen der Speisen allerdings an sich hat, und bei welcher man eine Unterempfindlichkeit der Magennerven wohl annehmen darf. Jedenfalls dürfte dieser Umstand auch bei unseren beiden Fällen als disponierendes Moment für die Krebsbildung in Betracht kommen. Da als zweite begünstigende Ursache das Alter hinzukam, bedurfte es nur noch des spezifischen mikroben Krankheitserregers, daß es zur Geschwulstbildung kam; und daß der Krebs in den meisten Fällen durch einen Mikroorganismus entsteht, möchte ich aus Analogie z. B. mit der Tuberkulose (Bauchfelltuberkulose und -krebs, Metastasierung) unbedingt annehmen.

3. Fall. — Die Arbeiterfrau M. erkrankte im Alter von 52 Jahren im Anschluß an eine erotische Vergangenheit im Gefängnis, und ihr Leiden erwies sich als Dementia senilis. Sie war verwirrt, unruhig, erotisch und neigte zeitweise zu Gewaltakten, beruhigte sich aber allmählich und beschäftigte sich regelmäßig mit Handarbeiten. Am 18. III. 09 war sie in die hiesige Anstalt aufgenommen worden; seit etwa Mitte September 1912 zeigte sie eine Anschwellung der linken Halsseite und sichtliche Schwäche der linken Körperhälfte. Das rechte Ohr sezernierte Eiter. Die Kranke lag stumpf und apathisch da und gab keine Auskunft. Schon im September wurde an einen von der Wirbelsäule ausgehenden Tumor gedacht. Allmählich trat Fluktuation hinzu und traten Schmerzen ein, die namentlich bei Bewegung heftig waren. Der körperliche Befund gestaltete sich nun folgendermaßen:

29. X. 12. Geschwulst am Hals hinten faustgroß, links etwas nach vorn reichend, im hintersten Teile oberflächlich gerötet. Schlaffe Lähmung des linken Armes. Die Beine bewegt sie, wenn auch wenig, das rechte nach Aufforderung weniger lebhaft wie das linke. Patellarreflexe verschieden, der linke normal, der rechte verstärkt. Strabismus divergens, das linke Auge weicht nach außen ab, beiderseits Nystagmus. Wehleidiger Gesichtsausdruck, volles Gesicht, mittlerer Ernährungszustand.

2. XI. 12. Die Pupillen sind mittelweit, gleich, leicht entrundet und reagieren langsam und wenig ausgiebig auf Lichteinfall. Facialis o. B. Kniereflexe wie am 29. X., auch sonst der gleiche Befund.

10. XI. 12. Geschwulst am Hals weicher, reicht links bis zur Supraklavikulargrube. Achillessehnenreflex: rechts heftiger Klonus, links normal. Trizepsreflex rechts und links negativ.

Schmerzempfindlichkeit überall stark herabgesetzt, auch im Gesicht. Exostose unter dem rechten Knie.



Am 19. XI. 12 trat der Tod ein, nachdem die Kräfte allmählich immer mehr abgenommen hatten und in den letzten 14 Tagen Kontrakturen in den beiden Ellenbogengelenken eingetreten waren. Die Sektion ergab zunächst eine Rückenmarksgeschwulst. Diese hat ihren Sitz hinten am Halsmark und greift nach rechts vorn etwas herum, fühlt sich weich an und ist mit der Dura spinalis innig verwachsen beziehungsweise verschmolzen. Die Ausdehnung beträgt 3 cm in der Länge und 1 cm im breitesten Durchmesser. Die Geschwulst ist zylindrisch, hat abgerundete Enden und kann oben von der Dura spinalis mit Gewalt abgezogen werden, ihre Farbe ist rötlichgrau. Das Rückenmark ist in der Mitte der Länge des Tumors von vorn nach hinten komprimiert und weicher als normal, seine Zeichnung daselbst verwaschen. Die Geschwulst steht, wahrscheinlich durch einen Defekt in einem Zwischenwirbelraum, durch feine netzartige Ausläufer mit einem anderen Tumor in Verbindung, der vom Sehnen- und Muskelgewebe der benachbarten Halspartie ausgegangen, von Eiter umspült ist und sich hart anfühlt. Das die Eiterhöhle umgebende Gewebe ist zerklüftet, zum Teil verdickt und enthält Buchten.

Im übrigen ist aus dem Sektionsbericht erwähnenswert: der Schädel ist ziemlich dick, bei reichlicher Diploe, das Schädeldach unsymmetrisch. Keine erheblichen Verwachsungen zwischen der Dura und den anderen Hirnhäuten. Geringe Pachymeningitis haemorrhagica interna. Hirnoberfläche sulzig durchtränkt, trübe Flüssigkeit in den Furchen. Etwas Hydrocephalus externus. Die Pia haftet fester an der Oberfläche. Etwas Gehirnödem. Weiße und graue Substanz gut unterscheidbar, Zeichnung des verlängerten Markes weniger deutlich. Beide Lungen zeigen Verwachsungen und narbige Einziehungen an der Spitze. Herz klein, braun, atrophisch. Milz mittelgroß. Aorta reichlich gelb gefleckt.

Die mikroskopische Untersuchung der Muskel- und Sehnen- beziehungsweise Rückenmarksgeschwulst ergab jedesmal einen ganz gleichen Tumor, nämlich ein kleinzelliges Rundzellensarkom. An den makroskopischen Zusammenhang der beiden Geschwülste konnte auch deshalb nicht gezweifelt werden, da feine, netzförmige, von der Rückenmarksgeschwulst aus verfolgbare Ausläufer gefunden wurden, die sich in der Wirbelwand verloren. Der Muskel- und Sehnentumor erstreckte sich andererseits bis zu der Wirbelsäule heran, teilweise in Eiter eingeschmolzen. Die primäre Geschwulst ist natürlich die letztere, die eitrig veränderte, sonst würde erstere wohl auch größere Dimensionen und das Bestreben, naheliegende Bezirke zu destruieren, gezeigt haben. Syphilis kann deshalb ausgeschlossen werden, da Wassermann sowohl des Blutes als der Zerebrospinalflüssigkeit negativ war und sonst wenig Anhaltpunkte für Lues vorhanden sind; das wüste sexuelle Vorleben der Kranken, die gering entwickelte Pachymeningitis, mäßige Arteriosklerose und eine Exostose brauchen keineswegs unbedingt eine spezifische Erkrankung anzuzeigen. Gegen Tuberkulose spricht die ganze Tumoranlage und

das Fehlen von Tuberkelbazillen im Eiter der einen Geschwulst. Die Verwachsungen und Einziehungen an den Lungenspitzen legen allerdings die Annahme eines Residuums alter verheilter Lungenspitzentuberkulose nahe.

Da die Patientin erst im 53. Lebensjahre mit einer Geisteskrankheit und zwar einer Gefängnispsychose erkrankte — sie war wegen Kuppelei zu 1 Jahr Gefängnis verurteilt worden — reagierte sie mit einer Dementia senilis.

Was nun die Wirkung der Geschwülste auf den übrigen Organismus anbetrifft, so ist darüber bereits alles erwähnt; hervorgehoben zu werden verdient die Lähmung des linken Armes, die Schwäche der Beine, Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen, leichte Benommenheit und die Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit der Haut. Daß bloß der linke Arm gelähmt war, spricht dafür, daß die Quetschung des Rückenmarks im Halsteil so tief und so saß, daß das rechte Rückenmarksarmzentrum nicht betroffen wurde. Die Lähmung des linken Armes muß durch Druck des eitrig erweichten Muskel-Sehnentumors erklärt werden, der im Verein mit der Rückenmarksläsion seine Wirkung ausübte.

Der Einfluß der Geschwülste auf die Psyche der Kranken drückte sich dadurch aus, daß dieselbe mit dem Eintreten der Tumoren allmählich geistig ganz versagte; ein eigentliches Delirium trat nicht ein, aber man kann sehr wohl an eine auf das Gehirn ausgeübte Toxinwirkung denken. Denn interessanterweise ging einer Unterempfindlichkeit der äußeren Haut, wie das bei Rückenmarkslähmungen gewöhnlich der Fall ist, eine Überempfindlichkeit z. B. bei Lageveränderungen parallel, die man sich durch das Zentralorgan vermittelt denken muß.

4. Fall. — Ich gelange zu der erblich stark belasteten Kaufmannsfrau S., die am 23. II. 11 hier aufgenommen wurde und am 26. X. 13 starb. Bei ihr interessiert besonders der Sektionsbefund, so daß ich mich mit dem übrigen kurz fassen kann. Vom 18.—25. Jahr war sie stark bleichsüchtig. Mit 28 Jahren bekam sie bereits einen Schlaganfall, der sie linkseitig lähmte. Infolgedessen verbrachte sie die nächsten Jahre in Krankenhäusern beziehungsweise Irrenanstalten. Sie war zeitweise erregt, litt an Kopfschmerzen, verweigerte vielfach die Nahrung, arbeitete nicht und bedurfte der Bettruhe. Am 5. XII. 12 klagte sie über heftige Schmerzen im Magen; die Gallenblasengegend war druckempfindlich, ohne eine Resistenz darzubieten, und es bestand Ikterus. Sie kam durch Nahrungsverweigerung körperlich immer mehr herunter und war um so schwieriger zu behandeln, als sie zwar oft jammerte und stöhnte, aber nie den Grund hierfür angab.

Die Obduktion ergab:

Schlaffes Herz, Herzthromben, beiderseits Schluckpneumonie, starkes Emphysem.

Magen stark erweitert, dünnwandig, in der Mitte zwischen Pylorus



und großer Kurvatur sanduhrförmige Einschnürung, wahrscheinlich durch altes Ulcus, aber weder von einem Ulcus noch von einer Narbe etwas zu sehen. Dagegen halblinsengroßes Duodenal-Geschwür mit leicht intumeszierten Rändern. Pylorus etwas eng, aber ziemlich weich. Mageninhalt: säuerlich, Rotweinreste. Gallenblase atrophisch, ohne Ausführungsgang, im Inneren zähe, gelbbraune Massen und drei weiche, rundlich würfelförmige Steine, ein ähnlicher weicher Stein, zylindrisch, weniger geformt, im Ductus choledochus, leichten Ikterus erzeugend. Größeres Gefäßangiom der Leber. Milz vergrößert, Kapsel gerunzelt.

Schädel mitteldicht, stark asymmetrisch. Pachymeningitis haemorrhagica interna, besonders an Konvexität und Sichel. Hydrocephalus ex vacuo. Windungen teilweise verschmälert. Im rechten Großhirn pflaumenkerngroße Höhle (in der inneren Kapsel) nahe den Stammganglien, Höhle erfüllt mit hellgelber, klarer Flüssigkeit, Ränder graugelblich. (Lähmung des linken Armes.)

Die Engigkeit des Pförtners und Erweiterung des Magens ließen an eine Geschwulst denken; die mikroskopische Untersuchung des Pylorus ergab auch ein Karzinom. Aus dem Vorhergehenden erhellt, daß die Kranke schon lange über Magenschmerzen geklagt hat; selbst zugegeben, daß man dieselben zum Teil auf Veränderungen im Gallensystem beziehen kann, muß dem Pförtnerkrebs und der Magenerweiterung, die die Folge des ersteren war, doch sicher der Hauptanteil an der Ursache für die Schmerzen zugeschrieben werden. Zweifellos wurde die Kranke mit dem Eintreten des Krebses reizbarer und unzugänglicher. Merkwürdigerweise erbrach auch sie nie, für welches Phänomen ich also dieselbe Ursache wie früher zugrunde legen muß. Von Toxinwirkung des Krebses kann keine Rede sein, denn das geistige Niveau der an postapoplektischer Demenz leidenden Patientin blieb dauernd dasselbe, auch trat kein einer Benommenheit gleichkommender Zustand ein. Das erklärt sich auch durch den relativ leichten Grad der krebsigen Erkrankung. Bemerkenswert ist der Befund einer zum größten Teil verkalkten Drüse, deren übriges Gewebe den typischen Bau tuberkulöser Drüsen zeigte (epitheloide Zellen). Wir haben also einen in Heilung begriffenen tuberkulösen Herd vor uns. Daß diese Ausheilung nicht ohne Beziehung zu dem entstehenden Karzinom ist, möchte ich annehmen. Wenn man einerseits sagt, Tuberkulose disponiere zu Krebs, so kann man ebensogut behaupten, daß tuberkulöse Erkrankungen durch einen hinzugekommenen Krebs günstig beeinflußt werden. Ich erinnere mich einer weiblichen Kranken aus einer württembergischen Irrenanstalt, die an Unterleibskrebs starb und Residuen abgeheilter Lungentuberkulose zeigte, und an einen noch instruktiveren Fall aus einer hessischen Irrenanstalt, wo eine Frau an Magenkrebs starb, bei der tuberkulöse Darmgeschwüre in Heilung begriffen waren, was ich, obgleich ich schon viele Sektionen gesehen habe, nie beobachtet hatte. Wenn erst der einsetzende Krebs die Tuberkulsose heilt, so ist damit



dem Kranken nicht geholfen, indem dann gleichsam der Teufel nur durch Beelzebub ersetzt ward. Aber sind diese Fälle nicht wertvolle Fingerzeige für eine künftige Serumbehandlung der Tuberkulose? Natürlich darf das Serum dann keinen Krebs erzeugen.

5. Fall. — Zum Schluß interessiert uns die an Dementia paranoides leidende, am 3. X. 13 im Alter von 68 Jahren gestorbene ledige Kranke R. Von väterlicher Seite her erblich belastet, erkrankte sie im Klimakterium mit paranoischen Ideen, zeigte sich verwirrt, menschenscheu und verwahrlost und hatte später Sinnestäuschungen. Am 4. III. 01 wurde sie aus einer anderen Anstalt in die unsrige überführt. Sie arbeitete etwas, war aber zurückhaltend und zeitweise unwillig und unzugänglich. Am 2. III. 09 erlitt sie einen Ohnmachtanfall, später hatte sie deren mehrere. Sie aß zeitweise weniger und zeigte Zustände von Herzschwäche. Allmählich wurde sie stumpfer und unsauber. Am 18. IV. 13 traten Ödeme und Zyanose der Füße auf, etwa Mitte September Gelbsucht, und es wurde eine Unterleibsgeschwulst palpiert, die auf Druck mäßig schmerzhaft war. Der Ikterus nahm zu und die Patientin wurde zusehends hinfälliger. Einen Tag vor dem Tod, am 2. X. 13, erfolgte Erbrechen schwarzer kaffeesatzartiger Massen und schwarzgefärbter Stuhlgang.

Die Sektion ergab alte Narben an beiden Lungenspitzen, eine härtliche Stelle in der einen Lunge und eine das Pankreas durchsetzende und bis zum Duodenum vorgedrungene Geschwulst, die auf der Schleimhaut des letzteren noch ein fünfmarkstückgroßes Geschwür bildete. Der Ductus choledochus war in die Tumormasse einbezogen, die Gallenblase durch dunkelgrüne Galle prall gefüllt, die Leber zirrhotisch, die Mesenterialdrüsen mehrfach geschwollen.

Das Mikroskop erwies die Geschwulst als Krebs, der, weil er beim Pankreas weiter vorgeschritten war und beim Zwölffingerdarm erst die Schleimhaut ulzeriert hatte, ohne weiter ins Darmlumen vorzudringen, sicher von der Bauchspeicheldrüse ausgegangen war. Pankreas-Krebse sind auch öfter der Ausgangspunkt für Karzinome als das Duodenum. Die härtliche Stelle in der einen Lunge erwies sich als Krebsmetastase, ebenso eine der geschwollenen Drüsen.

Überblicken wir die ganze Krankheitsgeschichte, so sehen wir, daß früher einmal eine Lungenaffektion gespielt hat, wahrscheinlich Tuberkulose. Wann diese zum Stillstand kam, läßt sich nicht ermitteln, wir beobachten nur wieder, daß ein Krebs da ist und eine Tuberkulose nicht vorhanden beziehungsweise geheilt ist. Die Ohnmachtanfälle, die im Jahre 1909 auftraten, und denen Anfälle von Herzschwäche folgten, möchte ich als erste Anzeichen des späteren, schweren körperlichen Gesamtleidens ansehen. Die Zyanose und Fußschwellung zeigte dann ganz deutlich den beginnenden Verfall an. Auffallend ist wieder, wie spät trotz des großen Duodenalgeschwürs Erbrechen eintritt; einen Tag vor dem Tode. Die schwarzgefärbten Stuhlmassen sind auf eine Blutung



aus dem Geschwür zurückzuführen. Auch hier nehmen wir wahr, wie die Empfindungslosigkeit körperlichen Schmerzen gegenüber der zunehmenden Stumpfheit parallel geht. Ja, die Kranke war sogar zuletzt ruhiger und freundlicher wie früher; von einer Beeinflussung der Psyche kann also wohl die Rede sein, man muß an eine leichte Toxinwirkung denken, die diese Euphorie erzeugte. Die körperliche Erkrankung wurde noch dadurch im schlechten Sinne gefördert, daß sie, auf eine Stimme hörend, die ihr das Essen verbot, seit dem ersten Ohnmachtanfall schlechter aß.

Da sich unter meinen fünf Fällen drei Pyloruskrebse bei Geisteskranken gefunden haben, möchte ich darauf hinweisen, daß dieser Befund kein seltener ist und bei genauer Sektion sicher öfter, als man vielleicht gemeiniglich annimmt, bei Geisteskranken erhoben werden kann, namentlich bei Paralytikern, wie ich gesehen habe — ein an Magenkrebs verstorbener Paralytiker konnte leider nicht seziert werden, deshalb habe ich, weil ich dieses striktesten Beweises entbehrte, diesen Fall nicht angeführt —; daß dabei das Herabschlingen vieler oder zum Teil noch heißer Speisen mitwirken und so einen Locus minoris resistentiae an der Magenschleimhaut schaffen kann, möchte ich keineswegs leugnen. Ich glaube, daß aus Gründen der Analogie neben dieser Reizhypothese für alle Arten bösartiger Geschwülste hinsichtlich ihrer Entstehung die bazilläre Ursache dereinst als das wichtigste Agens erkannt werden dürfte, und Geisteskranke sind eben wie zur Tuberkulose — besonders Dementia praecox-Fälle — so zu Krebskrankheiten besonders disponiert, wie ja auch die reziproke Beziehung besteht, daß Kinder eines tuberkulösen oder karzinomatösen Vorfahren leichter geisteskrank werden. Schon die Disposition zur Tuberkulose oder Krebskrankheit der Eltern scheint in dem Sinne für die Kinder verderblich zu wirken, indem der Vater oder die Mutter öfter erst tuberkulös oder karzinomatös werden, nachdem das Kind, das später geistig erkrankt, längst geboren ist. Das heißt, es tritt eine Schwächung des Gesamtorganismus ein, sowohl bei Vererbung von tuberkulösen oder karzinomatösen Vorfahren als auch durch Geisteskrankheiten, so daß Kinder tuberkulöser oder karzinomatöser Vorfahren für Geisteskrankheiten und Geisteskranke für Tuberkulose und bösartige Geschwülste prädisponiert erscheinen. Letzteres stimmt zu meinem Resultat, insofern es sich um fünf Fälle bösartiger Geschwülste während einer einjährigen Beobachtungszeit handelt,

doch schon eine ziemliche Anzahl bei einem Bestand von 852 Kranken, nämlich 0,59 % der Kranken und 6,8 % der in diesem Zeitraum Verstorbenen (73).

Ich gebe zu, daß aus äußeren Gründen nicht alle Verstorbenen seziert werden konnten und man also, wie in dem erwähnten Fall, annehmen muß, daß einige Neubildungen bei Geisteskranken der Beobachtung entgangen sind; aber da ich in dem betreffenden Zeitraum eine relativ beträchliche Anzahl Tumoren nachweisen konnte, dürfte vielleicht doch eine mittlere Jahresmenge vorliegen. Bei der absolut geringen Anzahl von Fällen möchte ich meinen Schlüssen und Hypothesen keine wesentliche Bedeutung beimessen und wäre dem gütigen Kollegen dankbar, der mich in bezug auf meine Ausführungen eines Besseren belehrte; ich hielt es nur für wichtig genug, auf die relative Häufigkeit der Krebse in Irrenanstalten und die Beziehungen zwischen bösartigen Geschwülsten und Geisteskrankheiten hinzuweisen, werde die Frage im Auge behalten und bin gern bereit, später meine Angaben durch weiteres Material zu stützen. Wenn *Griesinger* im Gegensatz zu mir das seltene Vorkommen von Magenkrebs bei Irren erwähnt, so rührt das einmal daher, daß inzwischen die Zahl der Geisteskranken und somit auch der unter ihnen an Magenkrebs leidenden zugenommen hat, ferner daher, daß bösartige Geschwülste bei psychisch Kranken um so leichter der Beobachtung entgehen, als nicht alle Geisteskranken seziert werden, die malignen Tumoren bei der Sektion übersehen werden können und die Diagnose manchmal erst durch das Mikroskop gestellt werden kann. Den von *Elzholz* beschriebenen und kritisch beleuchteten Fällen habe ich nichts hinzuzufügen.

Benutzte Literatur.

1. *Lewin*, Bösartige Geschwülste, 1909.
2. *Löwenthal*, Traumatische Entstehung der Geschwülste, Dissertation, 1894.
3. *Hoffmann*, Krebsmetastasen in den Hirnhäuten. Zeitschr. f. Krebsforschung Bd. 7, III, 1909.
4. *Götting*, Multiplizität primärer Karzinome. Zeitschr. f. Krebsforschung Bd. 7, III, 1909.
5. *Lindemann*, Karzinom im jugendlichen Alter. Zeitschr. f. Krebsforschung Bd. 7, III, 1909.
6. *Hansemann*, Mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste 2. Aufl. 1902.



7. *Ackermann*, Histogenese und Histologie der Sarkome, 1883.
8. *Ziegler*, Beziehungen der Traumen zu den malignen Geschwülsten, Münchener med. W. 1895, Nr. 27.
9. *Ploenies*, Das Vorkommen und die ursächlichen Beziehungen der psychischen Störungen, besonders der Zwangsvorstellungen und Halluzinationen, bei Magenkrankheiten etc., Archiv f. Psychiatrie XLVI 3. p. 1136, 1910.
10. *Elzholz*, Über Psychosen bei Karzinomkachexie. Wien. med. Wochenschr., 1898.

Ein Veronaldelirium[1]).

Von

Kurt Schneider, Köln.

Den einzigen Fall von Psychose nach chronischem Veronalgebrauch hat *Hans Laehr* beschrieben[2]). Die Krankengeschichte war kurz zusammengefaßt folgende:

Eine bei Beginn der Beobachtung etwa 53 jährige Dame, die stets sehr lebhaft und leicht verstimmt war, nahm mit etwa 45 Jahren, ½ Jahr nach Eintritt der Menopause, anschließend an die sie sehr mitnehmende Ehescheidung der Tochter wegen Schlaflosigkeit zum erstenmal Veronal, das sie von da ab 6½ Jahre lang regelmäßig gebrauchte; sie stieg während der Zeit von 0,5 bis 1,5 g Veronal bzw. Medinal abends. In dem letzten Jahr vor der Aufnahme war die Stimmung vielfach gedrückt, gelegentlich lebensüberdrüssig. Am 3. April wurde die Kranke in das Sanatorium aufgenommen; wahrscheinlich ist sie von da ab, ganz sicher aber erst vom Abend des 6. April ab veronalfrei gewesen. Ärztlicherseits wurden seit der Aufnahme keinerlei Schlafmittel mehr gegeben. Am nächsten Tage (7. April) war sie verstimmt, unzufrieden, reizbar; schon in der Nacht vom 7. auf 8. April hörte sie verdächtige Geräusche, es müsse wohl jemand gestorben sein. Am 8. April behauptete sie, es sei Quecksilber im Bade, roch Phosphor und Schwefel im Zimmer, war aber im übrigen noch ganz geordnet. In der Nacht zum 9. April begannen ausgesprochene Delirien, Gesichts- und Gehörstäuschungen traten auf, die Orientierung fehlte zeitweise, allerlei wahnhafte Erlebnisse wurden vorgebracht, welche die Kranke wegen ihrer Merkwürdigkeit beunruhigten, aber mit ihrer Person selbst nichts zu tun hatten. Mitunter suchte sie allerlei in ihrem Bett, sah auf Bulbusdruck verschiedene Dinge, delirierte mit wiederholter Unterbrechung von einigen Stunden Schlaf mehrere Tage. Dabei fehlte aber nicht ein gewisses Krankheitsgefühl, sie bezeichnete ihren Zustand selbst als ein „wüstes Chaos", war dazwischen auch wieder

---

[1]) Aus der Psychiatrischen Klinik der Akademie für praktische Medizin zu Köln (Professor Dr. *G. Aschaffenburg*).

[2]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 69, S. 529, 1912.

kurz orientiert, blieb empfänglich für wirkliche Eindrücke. Vom 14. April ab wurde sie ruhiger, doch folgte noch ein mit massenhaften Gehörstäuschungen verbundenes wahnhaftes Erlebnis, in dem ihr Sohn zuletzt erschossen wurde. Am 16. April verloren sich die Sinnestäuschungen fast plötzlich, der Inhalt der Delirien wurde sofort korrigiert, nur Einzelheiten wirkten noch einige Zeit nach. In mehreren Nächten trat noch etwas Angst auf, der Schlaf besserte sich aber rasch, und am 3. Juni wurde die Kranke geheilt entlassen.

In der Besprechung dieses Krankheitsbildes betont *Laehr* seine große Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens und — im zweiten Teil — der akuten Halluzinose der Trinker, doch konnte es sich darum auf keinen Fall handeln, denn die Kranke hatte Alkohol nie in größeren Mengen oder gewohnheitmäßig getrunken. Auch in Einzelheiten der Psychose, besonders in dem nicht egozentrischen Charakter der Wahnerlebnisse, und in dem Fehlen von Störungen der Kreislauf- und Verdauungsorgane sah er Unterschiede gegenüber alkoholischen Erkrankungen. Positiv für Veronalismus sprach ihm die Muskelunruhe, das allerdings nur ganz leichte Zittern, Reflexanomalien, die lallende Sprache, die glänzenden Augen, die Rötung des Kopfes, die Erschwerung des Schreibens, die Möglichkeit, sich für kurze Zeit zusammzuraffen, Dinge, die auch in den anderen acht beschriebenen Fällen von Veronalismus mehr oder weniger bemerkt wurden. Da endlich schon zu Hause die Versuche, der Kranken das Veronal abzugewöhnen, zu deliriumartigen Zuständen geführt hatten und deshalb aufgegeben worden waren, kam *Laehr* auf Grund aller dieser Erwägungen zu der Ansicht, daß man „mindestens eine mittelbare Wirkung der Veronalentziehung auf den Ausbruch der Psychose" annehmen müsse, einen Schluß, den man, wenn man die ausführliche Krankheitsgeschichte liest, sicher als sehr vorsichtig und zurückhaltend bezeichnen darf, denn der ursächliche Zusammenhang zwischen Veronalabstinenz und Psychose kann kaum bezweifelt werden. Jedenfalls erscheint die Meinung *Rehms*[1]), daß es sich um eine „ängstlich delirante Phase einer Manisch-Depressiven" gehandelt haben könnte, als recht gekünstelt, denn solche Delirien mit massenhaften Sinnestäuschungen liegen — wenigstens nach der üblichen Umgrenzung — doch völlig außerhalb des Manisch-Depressiven. Auch die depressive Konstitution der Kranken kann kaum in dieser Richtung verwertet

[1]) Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Ref. Bd. 5, S. 942.



werden. Ihre Vorgeschichte zeigt nichts weiter, als daß sie Psychopathin ist, und eine psychopathische Konstitution wird man für den Veronalismus so gut wie für den Morphinismus und andere Suchten als Grundlage annehmen müssen. Auch aus der Bemerkung, daß die lungenkranke Mutter „im Winter immer gelegen und im Sommer sich erholt" habe, eine „offenbar zirkuläre Belastung" abzuleiten, erscheint mir als sehr gewagt.

Im folgenden sei nun eine Beobachtung mitgeteilt, die die von *Laehr* mitgeteilte in weitestem Maße bestätigt.

51 jährige Frau. Der Vater starb an Magenkrebs, die Mutter ist 81 j., geistig und körperlich rüstig. Zwei Brüder starben klein, eine schwachsinnige Schwester starb mit 19 Jahren an Lungenschwindsucht, eine andere mit 15 Jahren infolge eines Unglücksfalles. Pat. hat dreimal geboren; der eine der Söhne lebt und ist gesund, der zweite ist schwachsinnig in einer Heilanstalt, der dritte nahm sich aus nicht ganz geklärten Gründen das Leben.

Der Mann schildert die Kranke als stets sehr lebhaft, erregbar, heftig. Sie hatte viele geistige Interessen, trieb gern Musik. Sie heiratete mit 19 Jahren; die Ehe war, obgleich die Ehegatten nicht recht zusammenpaßten, nicht unglücklich. Die Frau war aber nie recht zufrieden, regte sich sehr leicht auf, machte viele Szenen, drohte oft bei Kleinigkeiten mit Selbstmord; sonst galt sie als klug, liebenswürdig und heiter.

Die Erregbarkeit nahm, als im 44. Jahr die Menopause eintrat, zu. Der Schlaf begann zu leiden, und wenn die Kranke lange nicht einschlafen konnte, weinte sie laut, rieb unruhig den Kopf auf den Kissen, lief jammernd durch die Zimmer. Der Arzt verordnete Veronal mit der ausdrücklichen Weisung, nur in Notfällen davon Gebrauch zu machen, doch nahm sie bald täglich 0,5 g Veronal. Ein sechswöchiger Sanatoriumsaufenthalt besserte gar nichts; gegen die Schlaflosigkeit war nicht anzukommen, und so kam die Kranke vom Veronal nicht los. Vor 5 Jahren kam dann der Tod des dritten Sohnes, von da ab wurde der Veronalgebrauch noch größer und hielt sich seither stets auf der Höhe von 1 ½ g p. d. Außerdem trank die Kranke damals ziemlich viel Wein und Bier. Auch in den letzten Jahren trank sie, obschon der Alkoholkonsum wieder nachgelassen hatte, 4—5 Flaschen Bier täglich; sehr selten Wein, nie Liköre. Reisen und gesellschaftliche Zerstreuungen änderten wenig, ebenso die noch mehrfach aufgesuchten Sanatorien. Die Kur war immer vergebens, immer wieder kehrte man, da natürlicher Schlaf sich nicht einstellte und nichts anderes half, zum Veronal zurück. Seit etwa 1½ Jahren wurde die Sprache schlechter, und im letzten Jahr stellten sich noch verschiedene andere Erscheinungen ein: auf der Straße wurde die Kranke unsicher, sie schrak zusammen, wenn Fuhrwerke kamen, wobei dann



oft plötzlich die Beine versagten. Sie kam deshalb vor einem Jahr in Behandlung eines Hypnotiseurs, doch wurde der Zustand schlimmer. Häufig trat beim Gehen plötzliches Zusammenzucken auf; die Kranke stand ein paar Sekunden fast unbeweglich da, bis sie wieder weiter konnte; mitunter fiel sie auch hin. Seit etwa einem Jahr mußte sie ständig geführt werden. Die Haushaltung besorgte sie seit vielen Jahren nicht mehr, auch die Geselligkeit mußte immer mehr eingeschränkt werden, doch merkte man der Kranken im Gespräch nicht viel an, auch ihre Interessen pflegte sie wieder, doch wurde sie verlogen und unzuverlässig. Trotz der allabendlichen Dosis von 1½ g Veronal schlief sie stets nur ganz kurz. Ersatzpräparate wurden nicht genommen, nur eine kurze Zeitlang Medinal. Die in den letzten Jahren meist sehr reizbare und streitsüchtige Stimmung wich im letzten Vierteljahr immer mehr einem Verzagtsein und einer großen Hoffnunglosigkeit.

Etwa 8 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik wurde die Kranke von ihrem Sohn in ein Pensionat an der Riviera begleitet. Er blieb die ersten 5 Wochen bei ihr, und es gelang ihm, den Veronalgebrauch auf 0,65 p. d. herunterzudrücken. An Alkohol nahm sie tagüber eine Flasche Wein, nachts eine Flasche Bier. Nach einer unwesentlichen Aufregung kam sie in 2—3 Tagen wieder zu 2,0 Veronal und trank auch wieder mehr. Der Sohn reiste dann ab und war erst die letzten 5 Tage vor dem Beginn der Beobachtung wieder bei ihr. Der Veronal-Tagesverbrauch war 2,0 geblieben, doch soll Pat. kurz vor seiner Ankunft — wie sie sagte, in selbstmörderischer Absicht — einen Abend 4,0, den anderen 7,0 g genommen haben. An Alkohol trank sie tagüber durchschnittlich ½—1 Liter Wein, 1—2 Liter Bier, nachts ½—1 Flasche Wein, worin sie das Veronal nahm. In den letzten vier Tagen nahm sie nachts keinen Alkohol mehr; der Veronalkonsum war 1,5 g im Tag. Den Alkohol habe sie erstaunlich gut vertragen, sie sei stets völlig gesellschaftfähig geblieben und habe sich gut und gebildet unterhalten.

27. VI. 1914. Wird von Mann und Sohn direkt vom Bahnhof zugeführt. Macht den Eindruck einer Betrunkenen, ohne nach Alkohol zu riechen: lallende schwerfällige Sprache, glänzende verglaste Augen, rotes Gesicht. Das Benehmen ist geordnet, der Gang so unsicher, daß sie rechts und links gestützt werden muß. Auf dem Weg zur Abteilung zuckt sie plötzlich zusammen, bleibt stehen, um dann nach wenigen Sekunden weiterzugehen; sie spricht dabei, das Bewußtsein scheint nicht verändert. Nach der Verabschiedung der Angehörigen ist sie sehr mißmutig, will sich nicht ausziehen und baden, tut es erst nach wiederholtem Zuspruch. Der körperliche Befund ist folgender:

Gut genährte Frau von gutem Kräftezustand. Etwas gerötetes Gesicht. Die Pupillen sind weit und reagieren prompt auf Licht und Akkomodation. Augenbewegungen ungehindert. Fazialis gleichmäßig innerviert. Zunge o. B. Sprache schwerfällig, schmierend. Reflexe überall

normal auslösbar. Kein Babinski. Nervenstämme nirgends druckempfindlich. Romberg stark positiv. Kein Tremor der Hände. Gang weder spastisch noch ataktisch, doch ängstlich und unsicher. — Herz: normale Grenzen und Töne. Puls kräftig, regelmäßig, nicht beschleunigt. Respirations- und Digestionstraktus o. B. Urin: o. B.

Abends dringendes Verlangen nach Veronal, es sei eine Unverschämtheit, daß man ihr gar nichts gebe. Kein Schlaf, verbringt die Nacht im Bad.

28. VI. Die Stimmung ist besser, die Sprache fast normal. Schreibt gegen Abend einen nach Form und Inhalt völlig geordneten Brief an den Mann und wirft ihm vor, daß er sie in eine Irrenanstalt gebracht habe. Abends wieder sehr ungeduldig, sie halte nicht noch einmal eine schlaflose Nacht aus, sie leide unsäglich, es sei eine Grausamkeit, ihr alles auf einmal wegzunehmen. Kein Erbrechen, keine Erscheinungen von seiten des Herzens, im Bad abends Schwächezustand ohne Bewußtseinstrübung. In der Nacht kaum eine Stunde Schlaf; lebhaftes Stöhnen und Unruhe.

29. VI. Ruhigeres und freundlicheres Verhalten. Unterhält sich mit den anderen Kranken, ist gegen Abend auffallend euphorisch, bittet nur noch um Baldrian. In der Nacht kein Schlaf. Als der Arzt nach Mitternacht auf die Wachabteilung kommt, sitzt sie im Bett, ruft ihn nicht wie sonst her, sondern winkt ihm lachend zu.

30. VI. Am Morgen begrüßt sie die Tagespflegerin als ihr Dienstmädchen: „Elise, da sind Sie ja, wo haben Sie sich herumgetrieben die ganze Nacht; ich habe schon nach Ihnen geschellt.“ Sie erzählt ihr, sie habe in der Nacht, sobald sie die Augen geschlossen habe, furchtbare Gestalten im Zimmer gesehen, sie wisse nicht mehr, wo sie sei, sie habe ein komisches beklemmendes Gefühl im Kopf. Dann befiehlt sie der Pflegerin, sie sofort anzuziehen, sie in den Salon zu führen, Sekt und Bier zu bringen. Den ganzen Tag über sitzt sie noch mit den anderen Damen zusammen, unterhält sich aber völlig verwirrt. Den Arzt erkennt sie zwar als solchen, weiß aber nicht, daß sie in Köln ist; sie glaubt sich zu Hause. Andererseits sagt sie aber, nach dem Zweck des Hierseins gefragt: „Mir ist gesagt worden, man soll vom Veronal abkommen.“ Auf die Frage nach Erscheinungen sagt sie: „Nur in der vorigen Woche habe ich einen Tag gehabt, wo ich so Schatten gesehen habe, es war, glaub' ich, an den zwei Tagen, wie ich das Veronal ausließ“. Gefragt, ob die Erscheinungen deutlich waren, meint sie, sie habe gedacht: „Du könntest was draus machen, vielleicht Gestalten, wenn ich viel Phantasie hätte.“ Sie erzählt, die Leute draußen kenne sie „flüchtig, weil ich sehr viel fort bin“; trotz wiederholter Versicherung, daß sie in Köln im Krankenhaus sei, schwankt sie dauernd, ob sie nicht doch zu Hause sei. „Zu Haus oder im Krankenhaus, wie Sie wollen, das kann ich nicht so fein definieren, das müssen Sie doch eigentlich mehr definieren. Ich weiß, ich bin im

Krankenhaus oder zu Haus; das weiß ich nicht, ob ich das sagen kann. Ich kann es eben nicht so genau definieren.“ Die Stimmung ist weder ängstlich noch euphorisch, nur etwas ratlos. Das äußere Benehmen fällt durch nichts auf. Sie sieht bei Bulbusdruck Blumen, liest Worte von der leeren Wand.

Es wird 0,5 Veronal gegeben, nach dem sie spontan gar nicht mehr verlangte. Kein Schlaf, doch bis 3 Uhr morgens ruhig. Verläßt dann das Bett, kriecht aus dem Einzelzimmer in den Wachsaal, schreit laut, schlägt nach der Pflegerin, kommt ins Bad.

1. VII. Vormittags im Bad. Spricht und lacht fortgesetzt vor sich hin. Kein Tremor, kein Beschäftigungsdrang. — Stenogramm: „[Wo sind Sie hier?] In der Badeanstalt — im Sanatorium vielleicht. Ich bin ja erst einen Tag hier, noch nicht mal einen Tag. Heute morgen um 5 bin ich aufgestanden. Das war der erste Tag, da sind wir durchgefahren die Nacht. [Wann sind Sie gekommen?] Wir sind gekommen — Samstag abend muß es gewesen sein (stimmt). [Was ist das hier für eine Stadt?] Lugano. [Kennen Sie mich?] Sie sind Arzt. [Von was?] Aus Köln. [Was tu ich denn in Lugano?] Das kann ich mir nicht zusammenreimen. Sie können ja vielleicht eine kleine Lustpartie — oder für mich, in meinem Interesse — das weiß ich nicht. [Sie sind hier im Krankenhaus.] Das ist eben das Auffallende, daß ich Sie hier finde; ich kann nicht dahinterkommen, ich weiß nicht, wie das Ganze zusammenhängt; mein Mann schreibt mir nicht. [Sind Sie krank?] Wir haben doch den letzten Abend . . wie Sie noch immer sagten, ich hätte so umflorte Augen — da haben wir doch aufgenommen den Bestand. Das sagte mein Mann immer, ich hätte die eigentümlichen Erscheinungen — Rosen machten wir doch. Ich mußte zählen, wieviel blaue und wieviel rote Rosen, dann mußte ich sagen, wie groß die Rosen waren, und was an der Wand geschrieben stand. [Wann ist das alles gewesen?] Ich meine, Freitag abend (war am Diestag). [Was ist heute?] Sonntag, denk ich (Mittwoch). [Wie ist das Datum?] Weiß ich nicht, wir reisen jetzt so umher. [Sie sind hier in Köln.] Ich habe ein Pulverchen bekommen, Freitag abend habe ich ein kleines Pulverchen bekommen, in D. auf dem Bahnhof. Unser Mädchen hat es mir gegeben; sie hat es von Ihnen. Mein eigenes Mädchen, unser Dienstmädchen. [Das war eine Pflegerin.] Die ist immer nur zur Aushilfe Samstags bei mir. [Haben Sie Angst?] Weil die mir so furchtbar weh getan haben, sonst brauche ich nicht zu schreien. Ich habe ja noch nichts gegessen. Ich komme an abends — wann sind wir angekommen? Um 8 Uhr glaub ich. [Haben Sie Angst?] Nein — wieso meinen Sie? [Weil Sie manchmal so schreien.] Wenn ich so schreie, habe ich nur Angst, daß ich nach der Person hier ’raus wollte, die hat mich den ganzen Tag so furchtbar unterhalten. [Haben Sie Stimmen gehört?] Das ist gänzlich vorbei, was ich neulich mal sagte. [Haben Sie Tierchen gesehen?] Das ist gänzlich vorbei, die letzten Tage waren völlig



frei. [Haben Sie es denn einmal gehabt?] Einen einzigen Tag; das war den Abend vorher, den 3. Abend, wie ich Entziehung gemacht hatte bei Ihnen. Das war eigentümlich, wie große Hunde und Katzen — so eigentümliches Gefühl. [Haben Sie das ganz deutlich gesehen?] Ich lag im Bett und hatte noch was gelesen. Was hatte ich noch zu lesen?.. ich hatte mir einzelne kleine Sachen von Goethe .. und da lag ich so, auf einmal guck ich nach dem Bett, da ist am Fußende was Dunkles, das ging immer hin und her. Ich guck ein paarmal hin, das bewegt sich immer wieder so ... Ich war so bange; das war jedenfalls etwas, was nur in meiner Phantasie bestand."

Auf Bulbusdruck sieht sie ein Blatt, das sich fortwährend verändert, erst wie ein Ring aussieht, dann wie ein kleines rotes Korallenkettchen, dann sieht sie gelbliche Fäden, an denen eine kleine Perle hängt. Von der weißen Wand liest sie: „Maximilian Imperator, Maximilian Imperator". Das seien immer dieselben Worte, und ab und zu Blumen dazwischen; weiter unten seien kleine Pünktchen. Dagegen gelingt es nicht, sie von einem leeren Blatt Papier ablesen zu lassen, ihr vermeintliche Gegenstände in die Hand zu geben oder sie etwas im Wasser suchen zu lassen.

Nachmittags im Bett, rutscht aber viel auf dem Boden herum, verkennt die anderen Patientinnen, bittet die eine, ihre Schwester möge mit ihr nach O. gehen, sie sei eingeladen und müsse sich endlich anziehen. In der Nacht ganz schlaflos, aber ziemlich ruhig im Bett. Spricht fortwährend leise vor sich hin oder mit der Pflegerin. Das Gesprochene hat wenig Zusammenhang. Sie spricht von Personen, mit denen sie allein noch in Lugano zusammen war, dazwischen äußert sie Angst, „das stöhnt ja schon die ganze Nacht in allen Ecken"; die Pflegerin redet sie wieder als ihr Dienstmädchen an: „Elise, Elise, rette sich wer kann; ich will hier heraus, hol einen Wagen." Dann wieder „Bist Du der Satan? bist Du der Teufel? willst Du mich ersäufen im großen Kübel?" Manchmal glaubt sie, im Zug zu sitzen; sie fragt wiederholt, welche Station denn sei. Verschiedenemal versichert sie, heute habe sie nichts getrunken, oft durchsucht sie ihr ganzes Bett nach Pulvern, einmal unterhält sie sich mit jemand, der angeblich unter dem Bett sitzt.

2. VII. Der Zustand ist unverändert. Obschon in der Rede aphasische Entgleisungen vorzukommen scheinen (vgl. Stenogramm), ergibt die Prüfung mit Gegenständen nur richtige Antworten. Die Pupillen scheinen mitunter nicht ganz prompt zu reagieren. Wassermannsche Reaktion im Blut negativ. Augenhintergrund normal. Als sie vom Augenspiegeln zurückkommt, sagt sie zur Pflegerin: „Nun war ich beim Papst, ich war so fürchterlich aufgeregt; der hat sich so für mich bemüht." Appetit gut. Ziemlich ruhig im Bett, meist spricht sie leise vor sich hin, verlangt gelegentlich Bier, befiehlt, sie anzuziehen, erzählt, sie sei mit ihrem Sohn hierhergefahren, glaubt sich meist in Lugano, ganz selten



behält sie, wo sie ist. Dagegen sagt sie wiederholt, sie sei wegen ihrer Veronalsucht hier. Auch ein gewisses Krankheitsgefühl ist vorhanden, sie versichert wiederholt, daß sie sich nicht mehr auskenne; die Stimmung ist meist heiter.

In der Nacht etwa 2 Stunden Schlaf, im übrigen ziemlich laut, zerwühlt ihr Bett, läßt es nicht richten. Verlangt öfters Bier, glaubt Rotwein zu haben, stößt lachend mit der Pflegerin an. Sagt, sie habe eine halbe Zeitung im Halse, die müsse sie runterwürgen. Als die Pflegerin meint, es könnte sich um ein Gebiß handeln, sagt sie zutreffend: „Das hab ich ja gar nicht, eine andere Schwester hat es in Verwahr genommen."

3. VII. Erzählt am Morgen, sie habe sehr gut geschlafen. Kommt wiederholt aus dem Bett, kriecht durch den Saal, greift auf den Tisch und nimmt etwas weg. Das sei Pulver. Schüttelt dann Hand, Bettuch und Tischtuch ab und scharrt mit den Händen auf dem Boden etwas zusammen. Das sei Öl und wirke genau wie Veronal. Sagt gegen Abend, ihr Mann habe sich erschossen, und als ihr Sohn das gehört habe, habe er dasselbe getan. Nun stehe sie ganz allein auf der Welt und wisse nicht, wovon sie leben solle. Appetit mittags gut, abends schlecht.

Liegt nachts verkehrt im Bett, spricht mit der Pflegerin wieder wie mit ihrem Mädchen. Dazwischen beschimpft sie ihren Mann, den sie unter der Bettstelle sucht, er solle nicht alles allein trinken. Der Pflegerin, die nachschreibt, sagt sie: „Höre auf, Elise, du verdirbst dir deine Augen. Hol' dir die Kerze aus meinem Schlafzimmer oder setze deine Brille auf deine Nase. Wofür habe ich sie dir denn gekauft." Dann greift sie sie plötzlich schreiend an, sucht ihr die Schlüssel „vom Bierkeller" zu entreißen, ruft: „Karl, du gemeiner Bengel, du säufst das ganze Bier, Else, du ekelhafte Person, du frißt das ganze Veronal!" Sie will ihre Kleider und ein Auto, fordert die Pflegerin auf, sich zu ihr ins Bett zu legen, sonst komme ihr Mann, der jetzt in der Ecke liege, wird dann unruhiger, durchsucht alle Betten und Nachtkästchen nach Veronal und dem Schlüssel zum Keller, sucht auch unter den Betten, schimpft, ihr Mann habe sie in eine Trinkerheilanstalt getan, sie werde es in die Zeitung bringen. Schläft dazwischen 2½ Stunden.

4. VII. Ruhiger, ißt gut, immer noch völlig verwirrt. Schrift schwer lesbar, aber nicht zittrig, verschreibt sich dauernd. Gegen Abend sind die Pupillen fast starr und sehr weit. Wenige Minuten nach dieser Feststellung schwerer epileptiformer Anfall: fällt um, ist blau im Gesicht, zuckt mit Armen und Beinen; Pupillenstarre; Einnässen. Nach wenigen Minuten Erholung; die Pupillen reagieren sofort wieder gut. Puls dauernd kräftig. Nachher wird 1,0 g Veronal gegeben. Urin o. B.

In der Nacht 2½ Stunden Schlaf, im übrigen unruhig. Kramt beständig im Bett herum, scharrt aus Bettzeug und Leibwäsche Veronal zusammen, sieht in der Ecke drei Kannen Bier stehen, schickt ihren Sohn mit 100 M. in die Apotheke, um Veronal einzukaufen; das Pulver zu 20

oder 30 Pf. Trägt häufig das Bettzeug herum, das sei alles, was sie habe retten können, alles andere sei verbrannt; kriecht in die Decke gewickelt über den Boden, sucht den Luftschacht zu öffnen, da müsse sie sich im Falle der Not verkriechen, will dann die Möbel umwerfen; erzählt gegen Morgen, ihr Mann sei dagewesen und habe sie erschießen wollen, draußen habe noch zur rechten Zeit ein Hund gebellt, und ihr Mann sei verschwunden, so feige sei er.

5. VII. Unverändert. Appetit gut. Meist im Bett, doch mitunter sehr unruhig. Schläft gegen Abend etwas.

6. VII. Immer noch verwirrt, kriecht zu anderen Patienten ins Bett. Schläft nachts wenig, lacht vor sich hin, schreit teilweise laut auf, legt sich auf den Boden, zerwühlt das Bett, macht es einmal naß mit Urin.

7. VII. Sehr laut, läuft fortgesetzt herum, schlägt und schreit, verlangt Bier, gießt den Kaffee auf die Erde. Abends von 10½ Uhr ab Schlaf.

8. VII. Schläft den ganzen Tag.

9. VII. Wacht heute klar auf, fragt, wo sie ist. Sie weiß noch, daß sie in Lugano abgereist ist; an die Ankunft hier, an die Tage vor Ausbruch des Deliriums, an den Brief an den Mann fehlt jede Erinnerung. Auffallenderweise redet sie dennoch den Arzt mit seinem Namen an; sie kann nicht glauben, daß sie ihn in Köln zum erstenmal gesehen hat, sie sei doch auf Reisen mit ihm zusammengewesen. Die Stimmung ist gereizt, sie wolle von ihrem Mann Aufklärung haben, warum man sie in allen möglichen Städten herumgeschleppt habe. Sie wird wieder auf die Pensionärabteilung verlegt; die Leute oben kommen ihr bekannt vor, sie meint sie auf Reisen schon gesehen zu haben. — Nachts kein Schlaf.

10. VII. Liegt im Liegestuhl auf der Terrasse. Etwas gedrückte Stimmung; fragt, ob ihr Mann nicht tot sei, ob sie überhaupt wieder hier herauskomme. Obschon ihr niemand etwas erzählt, findet sie, wie sie sich ausdrückt, die Vergangenheit „Faden um Faden" wieder. Sie kann sich die Tage bis Ausbruch des Deliriums wieder ganz genau denken, weiß aber auch aus dem Delirium verschiedenes, so, daß der Arzt ihr die Augen zugehalten und sie allerlei gesehen habe. In der Hauptsache ist aber die Erinnerung an diese Tage sehr mangelhaft: sie habe immer Reisen gemacht in alle möglichen Orte, sie sei bei Nacht gefahren; der Arzt sei immer dabei gewesen und habe ihr Pulver gegeben. Sie weiß auch, daß sie sehr viel Angst gehabt habe, ihr Mann sei gestorben.

Die Sprache ist ganz tadellos, der Gang noch ängstlich. Sie muß geführt werden, doch genügt es, wenn sie eine Person mit einem Finger stützt. Die Stimmung wird besser. Nachts wieder kein Schlaf.

11. VII. Fühlt sich unglücklich wegen der schlaflosen Nächte; sie könne das nicht aushalten. Läßt sich leicht aufheitern, bittet um Besuch. — Nachts von 4 Uhr ab Schlaf.



12. VII. Sehr munter, besser gelaunt. Will immer noch kaum glauben, daß sie erst 14 Tage hier ist. Gang immer noch ängstlich. — Schläft die ganze Nacht; schreit ein paarmal im Schlaf.

13. VII. Ist sehr frisch; die Erinnerung macht keine weiteren Fortschritte mehr. — Nachts kann sie lange nicht einschlafen, worüber sie sich sehr aufregt; ihr Mann werde sie doch nicht ewig hier lassen wollen.

14. VII. Ist auf und völlig geordnet. Bekommt ein eigenes Zimmer. Schläft leidlich.

15. VII. Auf Ermunterung energische Gehversuche; der Gang ist jetzt tadellos.

23. VII. Anhaltende Genesung. Meist im Garten. Macht keinen ganz aufrichtigen Eindruck. Da sie zwei Patienten, die freien Ausgang haben, bittet, ihr Schlafmittel zu besorgen, wird sie in Quarantäne auf den Wachsaal gelegt. Leugnet entschieden, schreibt entrüstet ihrem Mann. Schläft nachts von 4—8 ½ Uhr.

24. VII. Immer noch auf der Wachabteilung. Den ganzen Tag über munter. Nachts sehr gut geschlafen. Geht wieder in den Garten. Sehr erregbar, leicht gekränkt.

26. VII. Wieder im eigenen Zimmer. Erzählt der Pflegerin viel erotische Erlebnisse aus ihrer Vergangenheit, macht einen sehr wenig guten Eindruck. Ist sehr wechselnd in ihren Stimmungen, gegen das Personal teils übertrieben zutraulich, teils schroff und rücksichtlos. Schimpft und klatscht viel hintenherum, ist unaufrichtig, mißtrauisch; erinnert sehr an eine moralisch defekte Morphinistin. Verspricht alles für die Zukunft, hat aber im Grunde wenig Einsicht. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind ungestört, irgendwelche psychotischen Symptome sind nicht vorhanden.

Es handelt sich, kurz zusammengefaßt, demnach um eine aus belasteter Familie stammende und selbst zweifellos psychopathische Dame, die mit 44 Jahren infolge von Schlaflosigkeit und klimakteriellen Unruhezuständen beginnt, gewohnheitmäßig Veronal zu nehmen. Anschließend an ein schmerzliches Erlebnis in der Familie (sie ist damals 46 Jahre) steigert sich der Veronalmißbrauch, und sie beginnt auch zu trinken. Der Alkoholkonsum geht zwar wieder etwas zurück, doch bleibt sie nun schon 6½ Jahre lang bei einem täglichen Veronalquantum von durchschnittlich 1½ g, das in allerletzter Zeit auf 2 g ansteigt. In den letzten 1½ Jahren werden Sprache und Gang schlechter, die nervösen Erscheinungen nehmen zu, der Allgemeinzustand geht immer mehr zurück.

Sie ist 53 Jahre, als sie in die Klinik aufgenommen wird. Das Veronal wird sofort entzogen. Am Abend des dritten Tages beginnen deliriöse Erscheinungen, die rasch zu einem ausgebildeten Delirium

führen mit zahlreichen Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des Gehörs und Gesichts, Desorientiertheit, Personenverkennungen, lebhaftem Verlangen nach Veronal und Alkohol. Es fehlt ein nennenswerter Tremor, auch von einem richtigen Beschäftigungsdelirium ist keine Rede; fast jede Nacht schläft die Kranke mehrere Stunden. Am 5. Tag des Deliriums erfolgt ein isolierter epileptischer Anfall, am Abend des 8. Tages tritt fast plötzlich Schlaf ein, aus dem die Kranke nach etwa 36 Stunden erwacht. Es ist alles vorüber. Zunächst besteht noch eine Amnesie für die Zeit des Deliriums, die retrograd noch einige Tage zurückgreift. Die retrograde Amnesie hellt sich nach einem Tag völlig auf, dagegen bleibt die Erinnerung an die deliriösen Erlebnisse sehr mangelhaft. Nach wenigen Tagen stellt sich auch natürlicher Schlaf ein, und es erfolgt rasche Genesung. —

Zunächst wäre zu erwägen, ob die Erkrankung, die sehr an das Delirium tremens der Trinker erinnert, nicht tatsächlich auf den Alkohol zurückzuführen ist.

Daß die Frau getrunken hat, ist sicher, aber dennoch sprechen eine ganze Reihe von Punkten gegen die Annahme eines Trinkerdeliriums.

Die Kranke hat, wie vom Mann und Sohn versichert wird, nie Schnäpse oder Liköre getrunken. Auch Wein hat sie während der letzten Jahre nur in den letzten Wochen in größeren Mengen genossen. Was sie seit Jahren trank, war Bier. Nun ist es aber an und für sich schon recht ungewöhnlich, daß Biergenuß allein zum Delirium tremens führt, und zudem war in dem vorliegenden Fall der Biergenuß schwerlich derartig übermäßig.

Ferner müßte es sich, da die Kranke 2 Tage vor Ausbruch der Psychose keinen Alkohol mehr bekommen hatte, um ein Alkoholabstinenzdelirium handeln, was zum mindesten eine sehr große und ebenfalls angezweifelte Seltenheit wäre.

Vor allem spricht aber das Fehlen tremorartiger Erscheinungen, die nach *Schröder*[1]) „stets vorhanden" sind, gegen ein Delirium tremens.

Ein weiterer Grund gegen die Auffassung des Zustandes als Trinkerdelirium ist, daß die Kranke zwischenhinein immer wieder

[1]) Intoxikationspsychosen. Handbuch der Psychiatrie, 1912, S. 232.



mehrere Stunden schlief, was ebenfalls beim Delirium tremens nicht der Fall zu sein pflegt.

Endlich ist auch die Dauer von 8½ Tagen etwas, was außerhalb der beim Trinkerdelirium gemachten Erfahrungen fällt; nach *Bonhoeffer* ist der Durchschnitt 3—5 Tage. Schon 6 Tage sind eine Seltenheit; ein länger dauerndes Delirium geht schon in die protrahierten Formen über, endet nicht kritisch und ist prognostisch ungünstig.

Dann ist aber auch auf den erwähnten Fall *Laehr*s hinzuweisen, bei dem Alkoholmißbrauch sicher ganz ausgeschlossen war, und der dem unsern sehr ähnelt. Auch dort handelt es sich um eine psychopathische Frau, die kurz nach Eintritt der Wechseljahre Veronalistin wird. Beide sind es 6½ bis 7 Jahre lang, beide nahmen zuletzt etwa 1½ g, in beiden Fällen spielen schmerzliche Familienereignisse eine gewisse Rolle. Die eine kommt mit 53 Jahren, die andere mit 51 zur Entziehung. Beide sind in den ersten Tagen völlig geordnet, bei beiden beginnt dann schleichend ein deliriöser Zustand mit spontanen und suggerierten Sinnestäuschungen, wahnhaften Erlebnissen, Angst, dazwischen besteht ein gewisses Krankheitsgefühl. Bei jener dauert dieser Zustand 9, bei dieser 8 Tage, dann tritt in dem einen Fall ein beinahe, in unserem ein völlig kritischer Abschluß der Psychose ein. Beide korrigieren und genesen.

Ob man, wie *Laehr* es tut, bei der Differentialdiagnose so großen Wert auf die körperlichen Symptome legen darf, scheint mir fraglich. Namentlich werden Störungen des Kreislaufs und des Digestionstraktus auch beim Delirium tremens gelegentlich fehlen können. Am wichtigsten ist sicher die lallende Sprache; alle anderen bei Veronalintoxikation beobachteten Erscheinungen sind mehr oder weniger allgemeiner Art. Häufig erwähnt wird die Unsicherheit des Ganges. Es wird sich schwer entscheiden lassen, ob dies eine primäre Erscheinung ist oder nicht vielmehr eine sekundäre Folge der Benommenheit, was mir als wahrscheinlicher vorkommt. In unserem Falle liegt der Verdacht, daß die ausgeprägte Gehstörung psychogenen Ursprungs ist, nahe. Die Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, namentlich vom Schreck, die Tatsache, daß die Kranke im Delirium mitunter

[1]) Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.



ohne Hilfe ging, endlich die Art, wie sie nach dem Delirium ging und wieder völlig gehen lernte, sprechen zum mindesten für eine starke Beteiligung psychogener Momente. Die beschriebenen „Anfälle", in denen sie plötzlich zusammenzuckte und erst nach einigen Sekunden wieder weiter ging, sind mit Sicherheit psychogen zu deuten.

Besonderer Besprechung bedarf der epileptiforme Anfall. Es ist bekannt, daß solche isolierte epileptische Anfälle bei verschiedenen Intoxikationsdelirien vorkamen, namentlich auch beim Paraldehyddelirium (*Probst*[1]), *Kehrer*[2])). *Kreß*[3]) hat einen Fall von chronischem Veronalismus beschrieben, der im Status epilepticus zugrunde ging; der Fall ist aber klinisch nicht klar, und es ist wahrscheinlich, daß die Kranke kurz vor dem Tode noch eine ungewöhnlich große Menge Veronal genommen hat.

Mit dem Paraldehyddelirium scheint das Veronaldelirium auch darin übereinzustimmen, daß es im Abstinenzstadium auftritt. Vielleicht tut man deshalb gut, allmählich zu entwöhnen. Daß in unserem Falle die nach Ausbruch des Deliriums gegebenen geringen Veronalmengen nichts mehr ändern konnten, wird nach den sonstigen Erfahrungen bei Abstinenzpsychosen nicht verwundern können.

Aus der Beobachtung, daß Veronaldelirien Abstinenzdelirien sind, wird es verständlich, daß sie sehr selten gesehen werden. Ich glaube, daß es eine ganze Menge von mehr oder weniger ausgeprägten chronischen Veronalisten gibt, selten aber wird der Veronalismus so hochgradig sein, daß eine Entziehung notwendig wird, und daß dann die Entwöhnung zu Abstinenzerscheinungen führt. Daß es bei starkem jahrelangem Veronalismus nach plötzlichem Aussetzen des Mittels zu Abstinenzdelirien kommen kann, ist wohl nicht mehr zu bezweifeln.

---

1) *Probst*, Monatschrift für Psychiatrie Bd. 14, 1903, S. 113.

2) *Kehrer*, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 3, 1910, S. 485.

3) *Kreß*, Therapeutische Monatshefte Bd. 19, 1905, S. 467.



Erfahrungen über die Entlassung Geisteskranker gegen ärztlichen Rat[1]).

Von

Dr. **Treiber**, Görden bei Brandenburg.

In zahlreichen Fällen ist der Anstaltsarzt genötigt, dem uneinsichtigen Drängen Angehöriger auf Entlassung ihrer Kranken aus ärztlichen Gründen und solchen der öffentlichen Sicherheit entgegenzutreten. Hält der Anstaltsleiter die in Frage kommenden Kranken für gefährlich, so stehen ihm die Bestimmungen des Ministerialerlasses vom 18. Juni 1901 zur Seite, nach denen derartige Geisteskranke nicht entlassen werden dürfen, bevor dem Landrate bzw. der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes Gelegenheit zur Äußerung gegeben ist. In vielen Fällen aber treffen diese Voraussetzungen nicht zu. Bedürfen derartige Kranke nun nach ärztlicher Auffassung noch unbedingt der Anstaltsbehandlung und bestehen die Angehörigen trotz eindringlichen Abratens auf ihrer Entlassung, so bleibt der Anstalt nichts anderes übrig, als sich durch einen „Revers" gegen unangenehme Folgen der zu frühen Herausnahme zu schützen.

Nun erleben wir aber häufig, daß es mit Kranken, die wir noch unbedingt für anstaltbedürftig gehalten haben, draußen viel besser geht, als man vorher annehmen konnte, ja, daß Schwerkranke, denen wir nach aller ärztlichen Erfahrung eine schlechte Prognose bezüglich baldiger Genesung stellen mußten, nach ihrer Entlassung rasch gesunden oder wenigstens wesentlich besser werden. Resigniert müssen wir uns angesichts solcher Überraschungen immer wieder eingestehen, wie wenig sichere Zeichen wir haben, aus denen eine einigermaßen zuverlässige Voraussage über den Verlauf einer Psychose geschlossen werden kann. Solange wir die Ursachen der Geisteskrankheiten nicht besser kennen und nicht tiefer in deren Wesen einzudringen

[1]) Aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W.



vermögen, bleibt uns nichts anderes übrig, als den klinischen Verlauf der einzelnen Psychosen genau zu verfolgen, um hieraus Anhaltspunkte für unsere Prognosenstellung zu gewinnen. Dabei dürfen aber nicht nur die in der Anstalt verbleibenden Kranken berücksichtigt werden, es müssen vielmehr auch die Entlassenen in den Kreis unserer Betrachtung gezogen werden. Durch Erhebung von Katamnesen bei entlassenen Kranken werden wir nicht nur einen wissenschaftlichen Gewinn erzielen, sondern zugleich auch zur Lösung der oft ebenso schwierigen wie wichtigen Entlassungsfrage beitragen.

Es erschien mir daher verlohnend, nachzuprüfen, welche Erfahrungen die Anstalt Landsberg mit den gegen ärztlichen Rat Entlassenen gemacht hat, und zu untersuchen, ob sich hieraus irgendwelche allgemeine Lehren für die Entlassung der Kranken aus der Anstalt ergeben würden.

In der Literatur konnte ich über das gleiche Thema nur zwei Arbeiten finden. *Tomaschny*[1]) fand für Treptow a. R., daß von der Gesamtzahl der Entlassungen in einem Zeitraume von 10 Jahren 5 % der Männer und 12 % der Frauen gegen Revers die Anstalt verließen. Von diesen mußten gegen 6 % Männer und 12 % Frauen innerhalb von acht Tagen der Anstalt wieder zugeführt werden, während ein großer Teil ganz gut längere Zeit draußen leben konnte und der bei weitem größte Teil bis zum Abschlusse der Arbeit überhaupt nicht mehr anstaltbedürftig wurde. Die Befürchtungen und Bedenken, die gegen die Entlassung der Kranken gehegt wurden, hatten sich also in den meisten Fällen als unnötig erwiesen. Dies hatte auch Geltung, wie *Tomaschny* besonders hervorhebt, für die Melancholiker. Von10 gegen Revers entlassenen Melancholikern (2 Männer, 8 Frauen) kamen überhaupt nur zwei Frauen wieder in die Anstalt zurück.

Tomaschny kommt zu dem Ergebnis, daß man mit der Entlassung der Kranken im allgemeinen nicht zu ängstlich zu sein braucht, daß es in vielen Fällen außerhalb der Anstalt weit besser gehe, als man vorher annehme.

Zu dem gleichen Resultate gelangte *Uhlmann*[2]) auf Grund katamnestischer Erhebungen über das Schicksal der aus Schussenried in den Jahren 1902—1912 ungeheilt und meist wider ärztlichen Rat entlassenen Kranken. Dieser Kategorie gehörten rund 14 % des Gesamtabganges in obigem Zeitraume an. Mit Hilfe eines Fragebogens konnte über 177 Personen (84 Männer, 93 Frauen) Auskunft erhalten werden. Von diesen waren bei Abschluß der Beobachtung 90 = 56,5 % wesentlich gebessert

[1]) *Tomaschny*, Erfahrungen über Entlassung von Kranken „gegen Revers". Psych.-neurol. Wschr. 1912, Nr. 53.

[2]) *Uhlmann*, Zur Frage der vorzeitigen Entlassung von Geisteskranken aus der Heilanstalt. Psych.-neurol. Wschr. 1914/15, Nr. 5, 6, 7.



oder geheilt. Arbeitfähig wurden 117 Kranke = 66 %. 34 Fälle verschlimmerten sich bald nach der Entlassung, und 39 erlitten später Rückfälle bzw. erkrankten von neuem. Ein Katatoniker endete zwei Monate nach der Entlassung durch Strangulation. Sechs Personen heirateten nach ihrem Austritte aus der Anstalt. Die Ehen sollen sehr gut ausgefallen sein. Acht weibliche Kranke machten nach ihrer Entlassung 12 normale Geburten durch, ohne von neuem zu erkranken. Drei Personen kamen mit dem Strafgesetze in Konflickt, zwei durch Diebstahl, eine durch Verstoß gegen die Sittlichkeit.

Uhlmann hält das Resultat seiner Untersuchungen für recht erfreulich und bestätigt das Ergebnis *Tomaschnys*, daß man meist viel zu ängstlich über das Schicksal der Frühentlassenen sei.

Meine eigenen Untersuchungen erstrecken sich über die aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. in der Zeit vom 1. Januar 1904 bis zum 31. Dezember 1913 gegen ärztlichen Rat entlassenen Kranken.

Eine persönliche Nachuntersuchung der einzelnen Fälle war aus verschiedenen Gründen unmöglich. Ich mußte mich darauf beschränken, an die zuständigen Behörden (Magistrate, Polizeiämter) Fragebogen zu versenden mit der Bitte, diese möglichst genau auszufüllen. Wenn auch ein derartiger Modus uns keinen sicheren Aufschluß über den jeweiligen klinischen Befund geben kann, so vermögen wir auf diese Weise doch einen genügenden Einblick in mancherlei Tatsachen zu gewinnen, die für die ganze Entlassungsfrage von Wichtigkeit sein können. Vor allem können wir erfahren, ob die betreffenden Kranken sich draußen gehalten haben oder wieder anstaltbedürftig geworden sind, ob sie ihre Arbeitfähigkeit vollständig oder teilweise erlangt haben, ob sie sich oder anderen gefährlich geworden und ob sie mit dem Strafgesetze in Konflikt geraten sind.

In den Jahren 1904—1913 wurden aus der Anstalt im ganzen entlassen 768 Männer und 534 Frauen. Von diesen wurden gegen ärztlichen Rat abgegeben 40 Männer = 5,2 % und 80 Frauen = 14,9 % der Gesamtentlassungen.

Auf die einzelnen Psychosen verteilen sich die gegen ärztlichen Rat entlassenen Fälle folgendermaßen:

	Männer	Frauen
Dementia praecox	17	35
manisch-depressives Irresein	6	28
Paralyse	5	5
Imbezillität und Idiotie	1	2
Epilepsie	5	2
senile Psychosen	2	4
Alkoholismus	2	1
Hysterie	2	3
	40	80



Nach kürzerer oder längerer Zeit mußten in die Irrenanstalt wieder zurückgebracht werden 11 Männer und 24 Frauen. Von diesen litten an:

	Männer	Frauen
Dementia praecox	6	14
manisch-depressivem Irresein	1	5
Paralyse	2	2
Imbezillität und Idiotie	—	1
Epilepsie	—	1
seniler Psychose	1	1
Alkoholismus	1	—
	11	24

	Männer	Frauen
Innerhalb der ersten 10 Tage mußten wieder aufgenommen werden	2	6
Bis zu ¼ Jahr hielten sich draußen	2	7
Bis zu einem Jahre konnten außerhalb der Anstalt bleiben	4	8
Bis zu 3 Jahren blieben zu Hause	3	2
Über 3 Jahre hielten sich außerhalb der Anstalt	—	1

Wenn die Kranken innerhalb der ersten 10 Tage nach ihrer Entlassung wieder zur Anstalt zurückgebracht werden, können wir woh annehmen, daß die Prognose von uns richtig gestellt war, die Herausnahme aus der Anstalt sich also nicht bewährt hat. Dasselbe dürfte auch wenigstens für einen Teil derjenigen Kranken gelten, die sich bis zu einem ¼ Jahre draußen gehalten haben. Immerhin muß zugegeben werden, daß in diesen Fällen unsere Voraussage nicht ganz zutraf, indem wider unser Erwarten die betreffenden Patienten wenigstens einige Wochen außerhalb der Anstalt bleiben konnten.

Was nun die Art der Psychosen anlangt, die zur raschen Wiederaufnahme kamen, so gehören sechs von den in den ersten 10 Tagen der Anstalt zugeführten Kranken der Dementia praecox an. Diese konnten wegen großer Unruhe und Neigung zu Gewalttätigkeiten zu Hause nicht gehalten werden.

Ein Fall von Melancholie mußte wegen ihres ängstlichen Wesens und der bestehenden Suizidgedanken nach 10 Tagen wieder aufgenommen werden.

Eine Paralyse kam nach 6 Tagen wegen ihres ungeordneten, auf Sinnestäuschungen beruhenden Verhaltens und großer Unsauberkeit wieder.

Bis zu einem Vierteljahre hielten sich draußen 5 Fälle vom Dementia praecox, einer von manisch-depressivem Irresein, zwei Paralysen und eine Dementia senilis.

Vergehen zwischen Entlassung und Wiederaufnahme viele Monate

und selbst Jahre, so müssen wir annehmen, daß wir in diesen Fällen zu ängstlich waren, als wir sie nur gegen Revers abgeben zu können glaubten. Von den hier in Betracht kommenden Kranken (Dementia praecox 9; manisch-depressives Irresein 4; Paralyse, Imbezillität, Epilepsie, Alkoholismus, arteriosklerotisches Irresein je 1) ist nach der Entlassung niemand ganz gesund geworden. Doch trat bei einem Teil wenigstens eine so weitgehende Besserung ein, daß die Patienten sich wieder etwas beschäftigten konnten.

Betrachten wir nun das Schicksal derjenigen Kranken, die gegen ärztlichen Rat entlassen wurden, aber trotzdem nicht mehr nach einer Irrenanstalt zurückgebracht werden mußten. Im ganzen sind es 29 Männer und 56 Frauen. Über 6 Männer und ebensoviele Frauen konnten wir nichts mehr erfahren, weil entweder die ersuchten Behörden überhaupt nicht antworteten oder die betreffenden Kranken verschollen waren.

Die Ergebnisse unserer Umfrage mögen zunächst in Form einer Tabelle veranschaulicht werden.

	Geheilt		Gebessert		Gleichgeblieben		Verschlimmert		Gestorben	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Dementia praecox ...	3	9	6	4	—	2	—	—	—	2
Man.-depr. Irresein ..	3	11	—	6	1	3	—	—	1	2
Paralyse	—	1	—	—	1	1	—	1	—	—
Imbezillität u. Idiotie	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Epilepsie	—	—	—	1	—	1	1	—	3	—
Präsenile und senile Psychosen	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Alkoholismus	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hysterie	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—

Von insgesamt 73 Kranken (23 Männer, 50 Frauen) sind also 9 gestorben. Eine Schizophrene erlag einem Herzleiden, zwei Epileptiker gingen an ihren Krämpfen zugrunde. Von den übrigen Patienten wissen wir die Todesursache nicht.

Selbstmorde werden nicht gemeldet. Dagegen erfahren wir von einer im übrigen gebesserten Melancholikerin, daß sie einige Male Suizidgedanken äußerte.

Eine Epileptikerin soll öfters Verwirrtheitszustände bekommen, in denen sie alles entzwei schlägt, sich die Kleider vom Leibe reißt und mit den Haaren sich zu würgen versucht.

Anderen Personen gefährlich wurde ein Hebephrene, der einen Arbeitskollegen, von dem er in übler Weise gereizt war, derart schlug, daß dieser den erlittenen Verletzungen erlag.



Ein Schizophrene kam mit dem Strafgesetze in Konflikt und wurde wegen Bedrohung zu 5 M. Geldstrafe verurteilt.

Vollständig geheilt sind nach den eingegangenen Berichten 7 Männer und 25 Frauen. Bei der geheilten Paralyse dürfen wir wohl eher eine weitgehende Remission annehmen. Ebenso kann bei der zur Gruppe der senilen Psychosen gehörenden Frau von einer Heilung im klinischen Sinne wohl nicht gesprochen werden.

Gebessert wurden 7 Männer und 12 Frauen. Von diesen erlangten volle Arbeitfähigkeit 3 Männer (Dementia praecox) und 3 Frauen (2 manisch-depressive, 1 Hysterie), während teilweise nur erwerbfähig wurden 3 Männer (Dementia praecox) und 6 Frauen (4 Dementia praecox, 1 manisch-depressives Irresein, 1 Dementia senilis).

Unter den Gleichgebliebenen finden wir einen hysterischen Mann und eine imbezille Frau, die nach Ausweis der Berichte voll arbeitfähig wurden. Ein manisch-depressiver Mann und zwei dieser Gruppe angehörende Frauen wurden teilweise erwerbfähig.

Bei den übrigen Kranken erfahren wir entweder nichts über ihre Arbeitfähigkeit oder aber wir finden den Vermerk „arbeitsunfähig".

Verschlimmert haben sich nur zwei Kranke, ein Epileptiker und eine Paralytikerin.

Im übrigen erfahren wir noch, daß zwei männliche Kranke (Dementia praecox und Paralyse) nach ihrer Entlassung entmündigt wurden.

Zwei Frauen (Hysterie und Dementia praecox) heirateten. Die Ehen scheinen gut ausgefallen zu sein.

Drei Frauen gebaren nach ihrer Entlassung fünfmal, ohne in ihrer Gesundheit beeinträchtigt zu werden.

Eine geheilte Katatonikerin überstand eine Gallensteinoperation vorzüglich.

Von den gegen Revers entlassenen und nicht wieder zur Anstaltsaufnahme gelangten 73 Personen wurden also insgesamt 40 voll arbeitfähig. Rechnen wir die nur teilweise erwerbfähigen noch hinzu, so ergibt sich, daß 52 Personen oder über 71% ihre Arbeit- und Erwerbfähigkeit vollständig oder wenigstens zum Teil wieder erlangt haben. Auch in der Anstalt wäre nun sicher ein Teil dieser Kranken über kurz oder lang so weit gebessert worden, daß er diese mehr oder minder arbeitfähig hätte verlassen können. Unter allen Umständen aber hätte unsere Beurteilung des jeweiligen Falles eine Verlängerung des Anstaltsaufenthaltes bedeutet. Daß aber die Verzögerung der Entlassung um einige Wochen, um die es sich doch wohl in den meisten Fällen gehandelt hätte, in wirtschaftlicher Beziehung für die Kranken und deren Angehörige nicht gleichgültig ist, leuchtet ohne weiteres ein.

Wurden bisher alle bei den Frühentlassenen festgestellten Psychosen ohne Auswahl statistisch verwertet, so müssen wir jetzt noch die zwei sowohl numerisch als auch durch ihre Bedeutsamkeit für die vorliegende Frage an erster Stelle stehenden Krankheiten, die Dementia praecox und das manisch-depressive Irresein, gesondert betrachten.

Von 46 für unsere Zwecke verwertbaren Schizophrenen kamen 20 = 43 % wieder nach der Anstalt zurück, 4 allerdings erst nach etwa einem Jahre. 26 = 56 % hielten sich draußen. Von diesen wurden 12 geheilt. (Ich brauche nicht zu betonen, daß dabei von einer Heilung im klinischen Sinne nicht die Rede sein kann.) 10 wurden gebessert, 2 blieben gleich und 2 starben nach ihrer Entlassung. Inwieweit die später wieder in Anstaltsbehandlung Gekommenen zu Hause arbeitfähig waren, läßt sich aus den Krankengeschichten nicht mehr genau ermitteln. Nur von einigen wenigen heißt es, daß es anfangs gut mit ihnen gegangen sei und sie sich beschäftigt hätten.

Von den 26 nicht mehr in die Anstalt zurückgekehrten wurden 22 ganz oder teilweise erwerbfähig.

Aus der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins konnten 33 Fälle in Betracht gezogen werden. Davon kamen 6 = 18 % wieder in die Anstalt zurück, 3 aber erst nach zwei und mehr Jahren.

27 = 86 % sind bis heute nicht wieder zur Aufnahme gelangt. Von diesen wurden 14 geheilt, 6 gebessert, 4 sind gleichgeblieben und 3 gestorben. Volle oder teilweise Arbeitfähigkeit erlangten 21, während bei einigen im Fragebogen nichts über diesen Punkt angegeben ist.

Wir sehen also, daß von den zum manisch-depressiven Irresein und zur Dementia praecox gehörenden, gegen ärztlichen Rat entlassenen Kranken ein recht hoher Prozentsatz sich außerhalb der Anstalt halten konnte, und daß von diesen wieder weitaus die meisten ganz oder teilweise arbeitfähig wurden.

Wenn man bedenkt, daß eigentlich nur Schwerkranke gegen Revers entlassen werden, solche, die sich in hochgradigen Erregungszuständen befinden, Neigung zu Gewalttätigkeiten zeigen, stark unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen und Wahnideen stehen, oder aber hochgradig ängstliche Patienten, die selbstmordverdächtig sind bzw. schon ernstgemeinte Suizidversuche gemacht haben, so muß man sich immer wieder wundern, wie gut es doch mit vielen von derartigen Kranken draußen geht. Trotzdem eine große Reihe sehr gewalttätiger und suizidaler Kranker gegen ärztlichen Rat von uns entlassen werden mußte, ist doch draußen sehr wenig passiert; denn



in den eingelaufenen Berichten finden wir nur, daß eine Frau öfters Selbstmordgedanken äußerte, und daß ein Schizophrene einen Arbeitskollegen, von dem er schwer gereizt wurde, erschlagen hat.

Aus alledem müssen wir folgern, daß wir vielfach bei der Entlassung unserer Kranken einen zu strengen Maßstab anlegen, daß unsere Befürchtungen, die wir gegen die Herausnahme mancher Kranken hegen, unbegründet sind, und daß wir, wie auch *Tomaschny* und *Uhlmann* annehmen, bei der Entlassungsfrage nicht zu ängstlich zu sein brauchen.

Gewiß sollen wir nun nicht ins Gegenteil umschlagen. Wir werden in jedem einzelnen Falle sowohl den Zustand des Kranken als auch die Umgebung, in die er kommen soll, genau berücksichtigen. Andererseits aber müssen wir uns beim Drängen der Angehörigen auf Entlassung ihrer Familienmitglieder die Tatasche vor Augen halten, daß es mit vielen Kranken außerhalb der Anstalt weit besser geht, als wir anzunehmen geneigt sind, ja daß es für manche Geisteskranke (ich denke speziell an Schizophrene) eine therapeutische Maßnahme zu bedeuten scheint, wenn sie wenigstens für einige Zeit dem Anstaltsmilieu entrissen werden [1]). Notwendig bleibt dabei, daß die Wiederaufnahme von Kranken, die sich draußen nicht halten können, möglichst vereinfacht wird, so daß diese jederzeit ohne Erfüllung umständlicher Formalitäten zur Anstalt zurückgebracht werden können.

---

[1]) Vgl. auch *Bleuler*, Frühe Entlassungen. Psych.-neurol. Wschr. 1905, Nr. 45. *Schoder*, Todesursachen schizophrener Frauen. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 25, H. 1 u. 2.



Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie. — In Anbetracht der durch den Krieg veränderten Lage wird von der Abhaltung der Jahresversammlung 1915 vorläufig abgesehen. Nach Beendigung des Krieges wird der Vorstand weiteres veranlassen.

Der Jahresbeitrag zur Vereinskasse, der seit langer Zeit stets auf 5 M. festgesetzt worden ist und wegen Ausfalls der Versammlung satzunggemäß nicht abgeändert werden kann, wird auch in diesem Jahre in gleicher Höhe eingezogen werden. Die Mitglieder werden den Beitrag um so lieber zahlen, wenn sie erfahren, daß aus den laufenden Mitteln und dem Sparkassenguthaben des Vereins bisher zugeflossen sind

dem Roten Kreuze	1000 M.,
der Nationalstiftung für Hinterbliebene der im Kriege Gefallenen	1000 „
der Sammlung für die Geschädigten in Ostpreußen	500 „
und der für die Geschädigten in Elsaß-Lothringen	500 „
zusammen	3000 M.

Deutscher Verein für Psychiatrie: Rechnungs-Abschluß für das Jahr 1914.

A. Kassenbestand vom Vorjahr:		12 881,61
B. Einnahmen:		
a) 569 Mitgliederbeiträge für 1914 zu 5 M.:	2 845,—	
Je 1 Beitrag zu 10 und zu 12 M. für 1914:	22,—	
1 Beitrag für 1915:	5,—	
b) Überschießendes und wiederersetztes Porto	21,70	
c) Zinsen aus 3000 M. 3½% Pfandbriefen für 1914:	105,—	
Zinsen aus 2500 M. 3% Pfandbriefen für 1914:	75,—	
Zinsen aus 5500 M. 4% Reichsanleihe für 1914:	210,—	
d) Nachgelassene Forderung:	344,60	
zusammen:		3 628,30
Bestand und Einnahmen:		16 509,91



C. **Ausgaben:**

a) Geschäfte des Vorstands:	15,60	
b) Geschäfte der Schriftleitung:	344,60	
c) Geschäfte der Kassenführung:	82,14	
d) Kosten der Jahresversammlung in Straßburg:	196,10	
e) Wohltätige Beiträge:	3 000,—	
f) Verwilligungen an Referenten:	700,—	
zusammen:		4 338,44
Überschuß:		12 171,47

D. Vorhanden in:

Nom. 3 000 3½% Pfandbriefen im Ankaufswert von:	2 930,85	
Nom. 2 500 3 % Pfandbriefen im Ankaufswert von:	2 168,35	
Nom. 5 500 4% Reichsanleihe im Ankaufswert von:	5 586,70	
Nom. Sparkasseneinlage:	800,—	
Barbestand:	685,57	
		12 171,47

Winnental, den 9. Februar 1915.

Z. B.

Der Kassenführer:

Obermedizinalrat Dr. *Kreuser*.

Anmerkung: Von einer Anzahl der im Felde stehenden Mitglieder sind Beiträge bis jetzt nicht einzubringen gewesen. Es wird versucht werden, sie mit dem Jahresbeitrage für 1915 zu erheben. Ein solcher erscheint in der bisherigen Höhe notwendig, um dem Vereine auch für die nächste Zeit wieder wohltätige Beiträge zu ermöglichen.

Nekrolog *Robert Thomsen*. — Am 26. Oktober 1914 starb in Bonn Medizinalrat Professor Dr. *Robert Thomsen*, leitender Arzt der Dr. *Hertz*schen Privat-Heil- und Pflegeanstalt, Mitglied des Medizinal-Kollegiums der Rheinprovinz.

Ein hervorragender Vertreter der Wissenschaft, ein vortrefflicher Arzt und edler Mensch ist mit ihm aus dem Leben geschieden.

Geboren am 15. Juli 1858 zu Hamburg, widmete sich *Thomsen* dem Studium der Medizin auf den Universitäten Tübingen, Leipzig und Göttingen und promovierte an letzterer im Jahre 1881. Nach bestandenem Staatsexamen war er 2 Jahre Assistent bei *Ludwig Meyer* in Göttingen und *Reye* in Hamburg und kam 1882 zu *Westphal* an die psychiatrische Klinik der Charité in Berlin. Dort habilitierte er sich im Jahre 1886 und



wurde dann 2 Jahre später als Leiter an die Dr. *Hertz*sche Privat-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn berufen. In dieser Stellung, welche er bis zu seinem Tode innehatte, hat er die von ihm geleitete Anstalt zu hohem Ansehen gebracht. Im Frühjahr 1911 wurde *Thomsen* zum Mitglied des Medizinal-Kollegiums der Rheinprovinz ernannt.

Thomsen hat eine große Anzahl wertvoller wissenschaftlicher Arbeiten geschrieben, welche während seiner Berliner Tätigkeit vorzugweise das Gebiet der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems betrafen. In Bonn beschäftigte er sich mehr mit klinischen Arbeiten. Besonders hervorzuheben sind vor allem seine Veröffentlichungen über Zwangsvorstellungen und verwandte psychische Zustände, ein Gebiet, welches ihn stets ganz besonders interessiert hat, sodann über die akute Paranoia und die Prognose des manisch-depressiven Irreseins.

Als Mitglied des Medizinal-Kollegiums der Rheinprovinz hatte er naturgemäß viel Gelegenheit zur Betätigung in der forensischen Psychiatrie, welche auch u. a. einen Gegenstand seiner Lehrtätigkeit bildete. Seine scharfsinnigen Gutachten zeichneten sich durch Klarheit und Überzeugungskraft aus.

Thomsen war ein Mann von einer nie ermüdbaren Arbeitskraft und größter Vielseitigkeit, von einer seltenen umfassenden Allgemeinbildung und einer erstaunlichen Belesenheit auf allen Gebieten. Er war ein gerader, aufrechter Charakter, dabei von gütigem Herzen, unermüdlich und mit aller persönlichen Hingabe auf das Wohl seiner Kranken bedacht, welche mit der größten Verehrung an ihm hingen. Ungezählten von ihnen ist er im späteren Leben ein treuer Freund und Berater geblieben.

Seine begeisterte Vaterlandsliebe veranlaßte ihn bei Ausbruch des Krieges, schon den Keim des Todes in sich tragend, seine Kraft in den Dienst der Verwundetenpflege zu stellen.

Ein schweres Leiden, eine Neubildung der Nieren, bereitete dem arbeitreichen Leben dieses seltenen Mannes ein allzu frühes Ende.

Wilhelmy-Bonn.

Nekrolog *Franz Fischer* junior. — Am 7. Dezember 1914 starb ganz plötzlich und unerwartet, anscheinend in bestem Wohlbefinden, der Direktor der Großh. Heil- und Pflegeanstalt in Pforzheim (Baden), Geheimer Medizinalrat Dr. *Franz Fischer* junior.

Mit ihm hat die deutsche Psychiatrie und im besonderen die badische Irrenfürsorge einen bedeutenden Mann von eigener Wesensart verloren, von dem es mir als Freund und Nachfolger im Amt gestattet sei, hier ein kleines Lebensbild zu entwerfen.

Franz Fischer wurde geboren am 19. Februar 1851 in der schon damals weit über die Grenzen unseres kleinen badischen Landes als Musteranstalt bekannten Großh. Heil- und Pflegeanstalt Illenau als Sohn des



als Anstaltsarzt daselbst wirkenden, vortrefflichen Psychiaters *Franz Fischer* sen., der im Jahre 1859 als Direktor an die Großh. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim übergesiedelt und dort am 1. Juni 1881 gestorben ist. In der, unserm jungen *Franz Fischer* zur zweiten Heimat gewordenen, durch ihre hochentwickelte Goldwarenindustrie weltbekannten Stadt Pforzheim besuchte er das Pädagogium (jetzt Gymnasium), um später sich in den Oberklassen des Lyceums (jetzt ebenfalls Gymnasium) der nahegelegenen Residenzstadt Karlsruhe das Zeugnis der Reife zum Universitätsstudium zu erwerben. Er studierte sodann in Heidelberg Medizin (1870—1875). Sein eiserner Fleiß, die rasche Auffassungsgabe und ein fast phänomenales Gedächtnis befähigten ihn, wie seine humanistischen so auch seine medizinischen Studien mit glänzendem Erfolg zu betreiben. Im Winter 1874/75 machte *Fischer* in Heidelberg sein Staatsexamen und promovierte am 5. März 1875 „insigni cum laude“ zum Doctor medicinae. Von 1874 bis zum Sommer 1875 bei *Erb* in Heidelberg als klinischer Assistent tätig, eignete er sich eine gründliche Ausbildung in der Nervenheilkunde an, dem damals noch jungen Zweige der medizinischen Wissenschaft, dann widmete er sich, seiner vom Vater ererbten Neigung folgend, ausschließlich der Psychiatrie. Zuerst einige Monate als Volontärarzt in Illenau wirkend, wurde er im November 1875 Hilfsarzt an der unter der Leitung seines Vaters, des Geheimen Hofrates Dr. *Franz Fischer* sen. stehenden Anstalt Pforzheim. Nachdem er vom Spätjahr 1884 an nochmals der Anstalt Illenau als Hilfsarzt angehört hatte, wurde er am 21. August 1889 zum Direktor der Anstalt Pforzheim ernannt und bekleidete somit fortan dieselbe Stelle, die sein, um die Psychiatrie und die badische Irrenfürsorge ebenfalls hochverdienter Vater von 1859 bis 1881 eingenommen hatte.

An der durch ihr hohes, bis auf das Jahr 1322 zurückgehendes Alter ausgezeichneten Pforzheimer Anstalt wirkte nun *Franz Fischer* jun. in ersprießlichster Weise. Er bemühte sich, soweit es unter den gegebenen Verhältnissen möglich war, die Anstalt den Anforderungen der modernen Irrenbehandlung und Irrenpflege anzupassen, und hatte, dank der klaren Einsicht und dem verständnisvollen Entgegenkommen der badischen Regierung dann auch schöne Erfolge zu verzeichnen. Ganz besonders erfüllte es ihn mit Freude und Genugtuung, als es ihm möglich gemacht wurde, Wachabteilungen einzurichten und der Bäderbehandlung eine etwas breitere Grundlage zu geben. Soweit es immer geschehen konnte, suchte *Fischer* den Interessen seiner Kranken gerecht zu werden, ohne in den Fehler zu verfallen, eine Neuerung etwa deshalb einzuführen, um sich den Ruhm des „modernen“ Psychiaters zu erwerben, oder gar aus Besorgnis, wegen Nichteinführens des „Allerneuesten“ als „rückständig“ zu gelten. Nur wenn er einen therapeutischen oder organisatorischen Vorschlag als gut und zweckmäßig zu erkennen glaubte, suchte er ihn auch an seiner Anstalt zu verwirklichen.



Damit sind wir schon in die Zeichnung des Charakters von *Franz Fischer* jun. eingetreten. Und sein Charakter verdient es in hohem Maße, mit einigen Strichen hier dargestellt und festgehalten zu werden.

Beherrscht wird das Bild *Fischer*s von den Zügen der Freundlichkeit, Güte und stillen Bescheidheit. Die Letztere ließ ihn so selten als möglich in der Öffentlichkeit hervortreten. Und wenn er trotzdem mehr als 20 Jahre hindurch regelmäßig Geschäftsführer der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte war, so hat er dieses Ehrenamt, das er stets mit lebhaftem Eifer und großer Gewandtheit versah, nicht aus Eitelkeit übernommen, sondern aus Interesse für die Sache und weil er es in seiner Gutmütigkeit und Gefälligkeit nicht übers Herz bringen konnte, seinen Freunden und Fachgenossen einen Wunsch abzuschlagen. Erst seit er etwas stärker leidend wurde, sehen wir ihn, zum größten Bedauern aller, das Amt des Geschäftsführers der „Badener Versammlung“ nicht mehr bekleiden (vom Jahre 1905 an). Auf seine große, allmählich beinahe an Schüchternheit grenzende, bescheidene Zurückhaltung ist es auch zurückzuführen, daß *Fischer*, der so federgewandte Mann, sich mit Ausnahme seiner jüngeren Jahre nur selten als Vortragender oder als Fachschriftsteller betätigte. Allerdings war er auch in den späteren Jahren immer mehr der Ansicht geworden, es werde ohnehin viel zuviel geschrieben, und da wolle er, wie er schalkhaft lächelnd zu sagen pflegte, das Übel nicht auch noch vergrößern helfen. (Das Verzeichnis seiner wissenschaftlichen Arbeiten folgt am Schlusse dieser Darstellung.)

Seine Freude und Erholung von des Amtes Mühen und des Lebens Verdrießlichkeiten suchte und fand *Fischer* bei Goethe. Diesem Geistesheroen galt seine volle Verehrung. Er brachte es zu hohem Ansehen als Goethe-Kenner und beschäftigte sich auch mit der Goethe-Forschung, ohne allerdings damit öffentlich besonders hervorzutreten. Das hätte ja seinem bescheidenen Wesen widersprochen. Eine Lieblingsbeschäftigung *Fischer*s war auch die Pflege der Botanik. In dieser hatte er sich schon sehr früh so umfassende Kenntnisse erworben, daß er schon als Obersekundaner eine „Flora von Pforzheim“ verfassen und herausgeben konnte (1867).

Die große Bescheidenheit ließ *Fischer*, von der Großh. Regierung übrigens wiederholt mit Titeln und Orden ausgezeichnet, in keiner Weise nach äußeren Ehrungen streben. Darum war es auch außerordentlich schwer, ihn zur Entgegennahme der in Anbetracht der schweren Kriegszeiten in der allereinfachsten und schlichtesten Form geplanten Anstaltsfeier zu Ehren seines 25 jährigen Direktoren-Jubiläums (am 21. August 1914) zu bewegen. Jede Veröffentlichung darüber hatte er sich strengstens verbeten.

Auch sonst gehörte *Fischer* zu den stillen Naturen. Er liebte es nicht, Gesellschaften oder Festlichkeiten aufzusuchen, blieb vielmehr stets zu Hause in seiner gemütlichen Familienhäuslichkeit, ohne deshalb



jedoch das Interesse für die Vorgänge in der Welt, insbesondere auch in der Politik zu verlieren. Er war glühender Vaterlandsfreund und ein begeisterter Verehrer Bismarcks.

Es ist nur natürlich und ganz selbstverständlich, daß die reich entwickelten Züge der Liebenswürdigkeit, Freundlichkeit und Güte, die *Fischers* Charakterbild in so hohem Maße auszeichnen, ihm überall große Zuneigung und freundschaftliche Gesinnung erweckten. Und diese Freundschaften pflegte er sorgsam, wenn auch in seiner stillen Art.

Sein liebenswürdiges und menschenfreundliches Wesen befähigten *Fischer* neben seinem tiefen und umfangreichen Wissen und seinem praktischen Sinn ganz besonders zum Irrenarzt. Mit unermüdlicher Geduld hörte er die Klagen und die Wünsche der Kranken an, gab er jedem einen guten Rat oder doch ein beruhigendes Wort. Seine Sorge für die Geisteskranken erstreckte sich aber nicht nur auf die in der Anstalt befindlichen, sondern auch auf die als genesen oder gebessert entlassenen Kranken. Darum hat sich *Fischer* dann auch große Verdienste erworben um die Neubegründung und den weiteren Ausbau des Badischen Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke.

Auch den Ärzten, Beamten und Angestellten der Anstalt bewies er stets in reichem Maße die Güte seines Herzens. Wer sich an ihn wandte, sei es mit einer Bitte, sei es mit einer Beschwerde, er durfte sicher sein, bei *Fischer* ein geneigtes Ohr und stete Hilfsbereitschaft zu finden. Sein gutes Herz nicht minder als der Ruf seines großen ärztlichen Wissens und Könnens machten ihn zu einem in den weitesten Kreisen hochgeschätzten und gesuchten Arzt für Nerven- und Geisteskranke.

Dieser freundliche, gemütvolle Mann mit seiner heitern Goetheschen Lebensphilosophie hätte es verdient, daß ihm dauernd ein sonniges und sorgenfreies Familienleben beschieden gewesen wäre. Das war aber leider nicht der Fall. Wohl durfte er sich, in glücklichster, harmonischer Ehe lebend, zweier Söhne und einer Tochter erfreuen, an denen er mit zärtlicher Liebe und fast ängstlicher Fürsorge hing. Allein schon in früher Kindheit starb sein ältester Sohn, und bei seiner tatkräftigen, lebensfrohen und an Herzensgüte ihm ebenbürtigen Gemahlin entwickelte sich bald ein langjähriges körperliches Leiden. Im Januar 1913 riß sie der Tod von seiner Seite. Diesen Schicksalsschlag hat *Fischer* niemals ganz überwunden. Er selbst kränkelte wiederholt — es handelte sich im wesentlichen um nervöse Beschwerden, teilweise wohl auf arteriosklerotischer Grundlage — und hatte auch noch das Unglück, während einer 11 Monate dauernden Krankheit im Jahre 1902 seine einzige Schwester zu verlieren, der nach wenigen Jahren auch sein einziger Bruder (*Richard Fischer*, Erbauer und Besitzer der Privatirrenanstalt in Neckargemünd) im Tode nachfolgte. Tief haben ihn alle diese Verluste getroffen und geschmerzt, verdüstert oder verbittert haben sie ihn aber nicht, dank vor allem der ihm von seiner treubesorgten Gattin und den von seinen



beiden Kindern stets erwiesenen zärtlichen Liebe und Aufmerksamkeit.

Die letzten Monate seines Lebens wurden dem allem Kampf abholden und jedem Streit aus dem Wege gehenden Mann getrübt durch den unserm deutschen Vaterlande aufgedrungenen schweren Krieg und durch die Sorge um seinen als Reserveleutnant gegen Rußland tapfer kämpfenden Sohn, an dem allerdings sein Vaterherz auch die große Freude erleben durfte, daß derselbe mit dem Eisernen Kreuz ausgezeichnet wurde. Und noch wenige Stunden vor seinem Tode hatte *Fischer*, der warmherzige Vaterlandsfreund, die erhebende Freude, die Glocken seiner geliebten Stadt Pforzheim erklingen zu hören zur Feier des großen Sieges unseres genialen Heerführers Hindenburg über die Russen bei Lodz.

Mitten in dieser freudig gehobenen Stimmung, als noch die Siegesfahnen in den Straßen flatterten, trat plötzlich der Tod an *Fischer* heran (es war am 7. Dezember 1914) und schloß dem herzgewinnenden Mann — im 40 ten Jahre seines irrenärztlichen Wirkens — für immer die freundlichen Augen. Eine Herzlähmung machte seinem stillen und doch so arbeits- und segensreichen Leben ein jähes, schmerzloses Ende. Sanft wie er selbst war auch sein Tod.

Für alle, die das Glück hatten, *Franz Fischer* jun. im Leben näher treten zu dürfen, wird das Wort seine Geltung behalten:

„Sein Andenken bleibt im Segen.“

*Fischer*s Schriften:

1. Flora von Pforzheim (1867).
2. Beschreibung einer Hemmungsbildung des Gehirns (Doktordissertation. — Arch. f. Psych. 1875. Bd. V).
3. Eine interessante Hemmungsbildung des kleinen Gehirns. (Ebenda.)
4. Zwei Fälle von Neuritis. (Berl. klin. W.-Schr. 1875. Nr. 33.)
5. Ein Fall von Aortenaneurysma, behandelt mit Galvanopunktur nach *Ciniselli*. (Ebenda 1875. Nr. 45.)
6. Zur Frage der hypnotischen Wirkung der Milchsäure. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1876. Bd. 33.)
7. Epileptoide Schlafzustände. (Arch. f. Psych. 1877. Bd. VIII.)
8. Über den Einfluß des galvanischen Stromes auf Gehörshalluzinationen. Vortrag. (Ebenda 1878. Bd. IX.)
9. Über die elektrische Erregbarkeit bei den Rückenmarkserkrankungen der Dementia paralytica, nebst einem Beitrag zur pathologischen Anatomie und Pathologie derselben. (Ebenda 1880. Bd. XI.)
10. Zur Lehre von den Lähmungen des Nervus radialis. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1880. Bd. XVII.)
11. Zur Lehre vom Pyothorax subphrenicus. (Ebenda.)
12. Die allgemeine Faradisation. (Arch. f. Psych. 1881. Bd. XII.)
13. Zur Lehre vom epileptischen Irresein. (Ebenda 1884. Bd. XV.)



14. Über die sogenannte photographische Gleichheit aller Irrseinsanfälle bei demselben Epileptiker. (Berl. klin. W.-Schr. 1884. Nr. 4.)
15. Über Polsterzellen. Referat. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1884. Bd. 40.)
16. Einige Bemerkungen zu den von *Jolly* und *Pelman* gemachten Vorschlägen, die Fürsorge für Epileptische betreffend. (Ebenda. Bd. 40.)
17. Über einige Veränderungen, welche Gehörshalluzinationen unter dem Einfluß des galvanischen Stromes erleiden. (Arch. f. Psych. 1887. Bd. XVIII.)
18. Über die Wirkung übermäßiger Dosen von Sulfonal. (Neurol. Zentralbl. 1889. Nr. 7.)
19. Über Ammonshornveränderungen bei Epileptischen. (Festschrift zum 50 jährigen Anstaltsjubiläum von Illenau. 1892.)
20. Über den weiteren Ausbau der Irrenfürsorge. Korreferat. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898. Bd. 55.)

Barbo-Pforzheim.

Nekrolog *Ernst Veit*. — Am 21. Dezember 1914 starb der Oberarzt der Berliner städtischen Anstalt für Epileptische Dr. *Ernst Veit* an den Folgen einer chronischen Nierenentzündung.

Er war geboren den 25. Juni 1866 zu Berlin, besuchte daselbst das Königliche Wilhelmgymnasium und studierte seit 1886 zu Berlin und Bonn Medizin. Er war dann 1892 ein halbes Jahr Assistent am Pathologischen Institut zu Breslau, danach Volontärarzt im städtischen Krankenhause Moabit zu Berlin, 1893 in Neapel auf der zoologischen Station und als stellvertretender Arzt des Deutschen Krankenhauses beschäftigt. Nachdem er kurze Zeit auf der inneren Station des Berliner Krankenhauses Bethanien und der gynäkologischen Poliklinik seines Bruders, derzeit Professors in Leiden, in Stellung war, begann er seine psychiatrische Tätigkeit als Volontärarzt in Jena 1896 und ist der Psychiatrie seitdem treu geblieben. Er war weiterhin eine Zeitlang an der Irrenanstalt der Stadt Frankfurt a. M. und in der psychiatrischen Klinik der Königlichen Charité tätig und trat dann als Assistenzarzt der Anstalt Wuhlgarten in den Berliner städtischen Dienst am 14. Oktober 1902 und rückte am 1. Juli 1906 in eine Oberarztstelle dieser Anstalt.

Veit war sein Lebensweg nicht leicht gemacht. Er litt von Kindheit an an asthmatischen Beschwerden und später vielfach an Bronchitis. Um so höher war es zu veranschlagen, daß er mit zäher Willenskraft seinen Beruf, der ihm durch Familienüberlieferung nahe lag, aufgenommen hat und immer von gleichmäßigem liebenswürdigen Wesen und ansprechender Lebensauffassung blieb.

Er hatte immerhin auch noch Zeit, sich wissenschaftlichen Arbeiten zu widmen, und hat die Früchte dieser Bestrebungen in verschiedenen

Veröffentlichungen aus dem engeren Gebiete seiner ärztlichen Tätigkeit der Allgemeinheit zugänglich gemacht.

Vielfach war er als Sachverständiger in gerichtlichen und Unfallsachen in Anspruch genommen.

In hoher Pflichttreue hat er bis 8 Tage vor seinem Tode trotz seiner Kränklichkeit und trotzdem er den Ernst seines Leidens kannte, allen seinen Obliegenheiten gerecht zu werden gewußt, indem er seine Zeit zwischen der Berufserfüllung und Erholung genau und weise einteilte. So ist er eigentlich mitten aus seiner Tätigkeit abgerufen worden.

Er war ein Mann von edelster Gesinnung und reinstem Streben.

Alle, die ihn kennen lernten, mußten ihn schätzen, die ihm näher traten, ihn liebgewinnen. Sein Gedächtnis wird bei Mitarbeitern und Unterstellten ein unverlöschliches sein. *Hebold*-Wuhlgarten.

Die Vereinigung kath. Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten[1]) sollte am 4. August 1914 in Innsbruck zusammentreten. Der Krieg kam dazwischen. Der (als Manuskript) gedruckte Jahresbericht der Vereinigung enthält das für die Versammlung bestimmte Referat von Dr. *Ig. Familler*-Regensburg über „Die tägliche Krankenvisite des Hausgeistlichen an den Heil- und Pflegeanstalten, 2. Teil", dem man ebenso zustimmen kann wie dem im Jahre vorher vorgetragenen 1. Teil, und die kurze Inhaltangabe eines anderen Vortrags, den der gleiche Verfasser über „Das Heiligenleben in den Abirrungen moderner Psychopathographie" angekündigt hatte, und der ausführlich im Verlage Pustet-Regensburg erscheinen soll.

Die Geisteskranken in den Irrenanstalten Preußens i. J. 1912 nach der „Statistischen Korrespondenz". — Die Zahl der in den Irrenanstalten Preußens aufgenommenen Geisteskranken hat auch im Berichtjahr 1912, wie schon in einer längeren Reihe vorhergehender Jahre, eine beträchtliche Zunahme aufzuweisen. Es betrug nämlich die Zahl der in den Anstalten behandelten Krankheitfälle

i. J. 1902: 78 704,	i. J. 1906: 103 355,	i. J. 1910: 127 914,
1903: 88 892,	1907: 108 721,	1911: 132 982,
1904: 92 720,	1908: 113 318,	1912: 135 079.
1905: 98 008,	1909: 125 181,	

[1]) S. diese Ztschr. Bd. 71, S. 191 u. 533.



Die i. J. 1912 in den Anstalten verpflegten Geisteskranken verteilen sich auf die einzelnen Krankheitformen folgendermaßen:

Krankheitformen.	Bestand am 1. Januar		Zugang		Zusammen	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1. Einfache Seelenstörung .	25 356	27 325	11 622	12 254	36 978	39 579
2. Paralytische Seelenstörung	2 488	841	3 044	806	5 532	1 647
3. Imbezillität (angeborene), Idiotie und Kretinismus	12 180	9 268	3 004	1 813	15 184	11 081
4. Epilepsie mit und ohne Seelenstörung	7 101	5 680	3 303	1 376	10 404	7 056
5. Alkoholismus	1 857	180	5 173	408	7 030	588
Zusammen...	48 982	43 294	26 146	16 657	75 128	59 951

oder, nach dem Prozentverhältnis berechnet, waren unter je 100 Verpflegten:

Krankheitformen.	Bestand am 1. Januar		Zugang		Zusammen	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1. Einfache Seelenstörung..	68,57	69,04	31,43	30,96	48,30	51,70
2. Paralytische Seelenstörung	44,97	51,06	55,03	48,94	77,06	22,94
3. Imbezillität (angeborene), Idiotie und Kretinismus.	80,22	83,64	19,78	16,36	57,81	42,19
4. Epilepsie mit und ohne Seelenstörung	68,25	80,50	31,75	19,50	59,59	40,41
5. Alkoholismus	26,42	30,61	73,58	69,39	92,28	7,72
Zusammen...	65,20	72,22	34,80	27,78	55,62	44,38

Werden die Nervenkranken, Morphiumsüchtigen usw. in den Anstalten für Geistes- und Nervenkrankheiten mit berücksichtigt, so ergibt sich für 1912 eine Gesamtzahl von 149 258 (82 629 m., 66 629 w.) Verpflegten. Davon befanden sich am 1. Januar 93 929 (49 740 m., 44 189 w.) = 62,93 v. H. (60,20 m., 66,32 w.) bereits in den Anstalten, während 55 329 (32 889 m., 22 440 w.) = 37,07 v. H. (39,80 m., 33,68 w.) im Laufe des Jahres neu aufgenommen wurden.

Der Zugang jugendlicher Personen in sämtlichen Anstalten für Geisteskranke usw. stellt sich, nach Krankheitsformen geordnet, folgendermaßen dar:



Krankheitformen.	Überhaupt		Unter 16 Jahren		Unter 16 Jahren in %	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1. Einfache Seelenstörung.	11 622	12 254	133	86	1,14	0,70
2. Paralytische Seelenstörung	3 044	806	2	2	0,07	0,25
3. Imbezillität(angeborene), Idiotie und Kretinismus	3 004	1 813	1 259	682	41,91	37,62
4. Epilepsie mit und ohne Seelenstörung	3 303	1 376	340	225	10,29	16,35
5. Hysterie	595	1 746	19	38	3,19	2,18
6. Neurasthenie	2 380	1 333	16	9	0,67	0,68
7. Chorea	52	93	28	31	53,85	33,33
8. Tabes	258	84	—	—	—	—
9. Andere Krankheiten des Nervensystems	2 040	1 216	85	69	4,17	5,67
10. Alkoholismus	5 173	408	—	—	—	—
11. Morphinismus und andere narkotische Vergiftungen	226	96	—	—	—	—
12. Andere Krankheiten..	1 192	1 215	33	52	2,77	4,28
Zusammen...	32 889	22 440	1 915	1 194	5,82	5,32

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die Großh. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz beigetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Kurt Goldstein*, Prof., bisher in Königsberg, ist als Vorsteher der Abteilung für Pathologie in das Neurologische Institut zu Frankfurt a. M. eingetreten.

Dr. *Arthur Barbo*, Med.-R., bisher Oberarzt der Landesanstalt Pforzheim, ist zu deren Direktor,

Dr. *Julius Claus* und

Dr. *Ludwig Loder*, Anstaltsärzte in Neuruppin,

Dr. *Ernst Liehr*, Anstaltsarzt in Teupitz,

Dr. *Oskar Rein*, Anstaltsarzt in Landsberg a. W., und

Dr. *Georg Liebert*, Anstaltsarzt in Lübben, sind zu Oberärzten an ihren bisherigen Anstalten ernannt worden.

Dr. *Wilhelm Siebert*, bisher Oberarzt in Lengerich, ist nach Niedermarsberg,



Dr. *Fr. Jos. Widmann*, bisher Abteilungsarzt in Niedermarsberg, nach Warstein,

Dr. *Leonhard Rösen*, bisher Oberarzt in Landsberg a. W.,

Dr. *Georg Treiber*, bisher Anstaltsarzt in Landsberg a. W., und

Dr. *Walter Spliedt*, Oberarzt, zuletzt dirig. Arzt der Heilstätte Waldfrieden, sind nach Görden bei Brandenburg,

Dr. *Oskar Kurrer*, bisher Oberarzt in Conradstein, ist nach Neustadt W.-Pr.,

Dr. *Richard Hantel*, bisher in Neustadt W.-Pr., ist als Oberarzt nach Conradstein versetzt worden.

Dr. *Alexander Wilhelmy*, bisher Oberarzt der Dr. *Hertz*schen Anstalt, und

Dr. *Hans König*, bisher Priv.-Doz. in Kiel, haben die ärztliche Leitung der Dr. *Hertz*schen Anstalt in Bonn übernommen.

Dr. *Artur Hübner*, Prof., Oberarzt der Klinik in Bonn, ist zum Mitglied des Med. Kollegiums der Rheinprovinz ernannt worden.

Dr. *Kurt Berliner*, Priv.-Doz. in Gießen, und

Dr. *Joh. Jansky*, Priv.-Doz. in Prag sind zu ao. Professoren ernannt.

Dr. *J. H. Schulz*, Ass.-Arzt der psychiatr. Klinik in Jena,

Dr *Hans Willige*, Oberarzt der psychiatr. Klinik in Halle, und

Dr. *Heinrich Bickel*, Ass.-Arzt der psychiatr. Klinik in Bonn, haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Die Privatdozenten

Dr. *Karl Kleist* in Erlangen,

Dr. Felix *Plaut*,

Dr. *Ernst Rüdin* und

Dr. *Wilhelm Specht* in München haben den Titel Professor erhalten.

Dr. *Eugen Krebs*, Oberarzt in Allenberg,

Dr. *Emil Bratz*, Oberarzt in Dalldorf,

Dr. *Paul Junius* und

Dr. *Richard Werner*, Oberärzte in Buch, und

Dr. *Hermann Schmidt*, Oberarzt in Wuhlgarten, haben den Titel Sanitätsrat erhalten.

Dr. *Carl Moeli*, Prof., Geh. Obermedizinalrat in Berlin W 30, Bambergerstraße 15, hat den Roten Adlerorden 2. Kl. mit Eichenlaub,

Dr. *Wilhelm Sander*, Geh. Med.-Rat in Charlottenburg, Fasanenstr. 31, den Kronenorden 2. Kl.,

Dr. *Franz Tuczek*, Prof., Geh. Med.-Rat in Marburg, den Kronenorden 3. Kl. erhalten.

Dr. *Arthur Titius*, Oberarzt in Allenberg,

Dr. *Willy Squar*, Anstaltsarzt in Kortau,

Dr. *Wolfgang Hieronymus*, Oberarzt in Lauenburg,

Dr. *Hubert Ermisch*, Oberarzt in Treptow a. R.,

Dr. *Franz Encke*, Dir. in Ückermünde,

Dr. *Karl Freiherr v. Blomberg*, San.-Rat, Dir. in Kosten,

Dr. *Johannes Bresler*, Oberarzt in Lüben,



Dr. *Josef Reis*, Arzt der Dr. *Kahlbaum*schen Anstalt in Görlitz,
Dr. *Hermann Schmidt*, Oberarzt in Wuhlgarten,
Dr. *Oskar Kluge*, Dir. d. Prov.-Anstalt in Potsdam,
Dr. *Eberhard Rauch*, Anstaltsarzt in Neuruppin,
Dr. *Arved Hohlfeld*, dirig. Arzt in Schweizerhof,
Dr. *Willibald Häuptner*, Anstaltsarzt in Jerichow,
Dr. *Franz Kleiminger* und
Dr. *August Metz*, Oberärzte in Neustadt i. Holstein,
Dr. *Rudolf Scherenberg*, Oberarzt,
Dr. *Franz Maurer* und
Dr. *Karl Paasche*, Abteilungsärzte, alle drei in Warstein,
Dr. *Wilhelm Siebert*, Oberarzt in Marsberg,
Dr. *Karl Blümcke*, Oberarzt in Bethel,
Dr. *Ernst Müller*, Oberarzt in Waldbröl,
Dr. *Max Dost*, Oberarzt am Sonnenstein,
Dr. *Sievert*, Arzt der mit dem Sonnenstein verbundenen Nervenheilanstalt Maria-Anna-Heim,
Dr. *Siegfried Maaß*, Anstaltsarzt in Dösen,
Dr. *Amandus Menche*, Abteilungsarzt in Hildburghausen,
Dr. *Heinrich Göring*, Priv.-Doz. in Gießen,
Dr. *Seißer*, Assistenzarzt in Erlangen,
Peiser, Med.-Praktikant in Kaufbeuren,
Dr. *Ernst Werner* in Winnental und
Dr. *Bruno Warth*, Ass.-Arzt in Konstanz, sind mit dem Eisernen Kreuze ausgezeichnet worden.

Dr. *Albrecht Paetz*, Geh. San.-Rat, Dir. von Altscherbitz, hat die Rettungsmedaille am Bande erhalten.

Dr. *Eugen Hallervorden*, Priv.-Doz. in Königsberg, ist am 22. September im Alter von 62 Jahren,
Dr. *Robert Thomsen*, Prof., dir. Arzt der Dr. *Hertz*schen Privatanstalt in Bonn, am 26. Oktober im vollendeten 56. Lebensjahre,
Dr. *Franz Fischer*, Geh. Med.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Pforzheim, am 6. Dezember,
Dr. *Wilhelm Tigges*, Geh. Med.-Rat, früherer Dir. des Sachsenbergs, am 13. Dezember, fast 85 Jahre alt,
Dr. *Ernst Veit*, Oberarzt in Wuhlgarten, am 21. Dezember im 49. Lebensjahre,
Dr. *Leopold Laquer*, San.-Rat, Nervenarzt in Frankfurt a. M., geboren 1857 in Namslau (Schlesien), am 28. Januar nach schweren Leiden,
Dr. *Zirkel*, Anstaltsarzt in St. Getreu zu Bamberg, als Oberarzt der Reserve im Lazarett zu Bamberg und
Dr. *Friedrich Plaseller*, Oberarzt in Hall (Tirol) als Ass.-Arzt der Reserve am 17. Februar in den Militär-Infektions-Lazaretten zu Mitrowitza (Slavonien) gestorben.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN
UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN | **KREUSER** WINNENTAL | **PELMAN** BONN | **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

ZWEIUNDSIEBZIGSTER BAND
ZWEITES HEFT

AUSGEGEBEN AM 21. AUGUST



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1915

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.

Geisteskrankheiten und Krieg[1]).

Von

Dr. med. **Heinrich Resch.**

Seit Kriegsbeginn ist schon eine reichhaltige Literatur über Geisteskrankheiten im Kriege, sei es in wissenschaftlichen, sei es in belletristischen Zeitschriften oder in Tageszeitungen erschienen. Die letzteren haben durchweg die Tendenz, aufklärend und zum Teil beruhigend auf die Leser zu wirken. Und das ist sicherlich nicht unnötig. Denn nehmen wir nur die Tageszeitungen der ersten Mobilmachungstage her, da lesen wir von vielen Selbstmorden, von vielen Geistesstörungen, die aus Sorge um ins Feld ziehende Angehörige und aus Angst vor dem Einfall der Feinde in deutsches Land geschehen oder entstanden sein sollten. Wir lesen unter den Todesanzeigen von dem plötzlichen und unerwarteten Tod eines jungen, kräftigen Offiziers oder eines erprobten Militärbeamten.

Hat ein Krieg wirklich Einfluß auf die Erkrankungen an Geistesstörung?

Die Frage ist unbedingt mit ja zu beantworten. Überall in der Literatur finden wir eine Steigerung der Zahl bestätigt. Und tritt die Zunahme in auffallender Weise erst nach dem Kriege, wie 1872 in Frankreich, auf, so liegt es daran, daß während des Krieges andere Aufgaben vordringlicher sind als gerade die Sorge um die armen Geisteskranken. Eine ähnliche Erscheinung haben wir bei großen politischen Umwälzungen und großen Unglücken (Erdbeben usw.).

---

[1]] Aus der oberfränk. Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth (Direktor Dr. *Hock*) und dem Reservelazarett Bayreuth I (Chefarzt Dr. *Doering*). — Nach einem am militärärztlichen Abend der Garnison Bayreuth am 19. Februar 1915 gehaltenen Vortrag.



In der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth stellen sich die Zugänge vom 1. August bis 31. Dezember 1913 auf 34 Männer und 38 Frauen, für die gleiche Zeitspanne 1914 auf 66 Männer und 29 Frauen. Uns interessiert vor allem die Frage, wie es mit der Armee in der Beziehung steht.

Die Statistiken aus früheren Kriegen sprechen alle dafür, daß wir eine Steigerung der Geisteskrankheiten im Heer zu erwarten haben. 1870/71 ist die Zahl der Geisteskranken von 0,37‰ auf 0,54‰ gestiegen, im Jahre 1873 sogar auf 0,93‰. Erst 1873 kehrt die Zahl wieder auf 0,2‰ zurück.

Auch die modernen Kriege haben das gleiche gelehrt: im Chinafeldzuge finden wir 0,76‰, im Hottentottenfeldzug in Südwestafrika sogar 5‰ Geisteskranke. Diese hohe Zahl wird allgemein auf die außerordentlich großen Anstrengungen im ungewohnten Klima und auf die rohe Art der Kriegführung durch die wilden Völkerstämme zurückgeführt.

Im Burenkriege verzeichnen die Engländer eine erhebliche Zunahme der Geisteskrankheiten bis 2,5‰. In der amerikanischen Armee steigt im Kriege gegen Spanien die Zahl von 0,8‰ auf 2,7‰, und schließlich im russischen Heer während des Krieges gegen Japan von 0,7‰ auf 2‰.

Von Interesse für uns ist auch die Zahl der Geisteskranken im deutschen Heere in den letzten Jahren. Seit 1870/71 können wir eine langsame, aber stete Zunahme beobachten: in der preußischen (sächsischen und württembergischen) Armee von 0,3‰ 1874/75 auf 1,3‰ 1913 und in Bayern von 0,4‰ 1880 auf 1,6‰ 1913. Die Zunahme wird allgemein auf die bessere psychiatrische Ausbildung von Militärärzten zurückgeführt. Eine größere Rolle spielt wohl auch der Umstand, daß größere Anforderungen an den einzelnen Mann gestellt werden, und schließlich darf nicht vergessen werden, daß die Zahl der psychiatrisch Erkrankten überhaupt im Steigen begriffen ist. In der Marine, die größeren Anstrengungen und Gefahren ausgesetzt ist, gibt es mehr Geisteskranke als im Heer. Das größte Kontingent stellen die Arbeiterabteilungen und die Strafanstalten: 40—68‰.

In dem uns verbündeten Heere Österreich-Ungarns haben wir die gleichen Verhältnisse, ebenso in Italien und Rußland. Frankreich verzeichnet zwar auch eine dauernde Zunahme, die Zahl hält sich aber bei seiner Territorialarmee niedriger als bei uns. Das liegt sicherlich daran, daß alle zivilgerichtlich oder militärgerichtlich vorbestraften Leute der Kolonialarmee zugeteilt werden.

Die Söldnerheere Englands und Amerikas, ebenso auch das belgische Heer haben einen durchschnittlich höheren Zugang an Geisteskranken als die andern Armeen.

Während in Friedenszeiten das Soldatenleben wohl keine größeren Gefahren für die geistige Gesundheit mit sich bringt als andere Berufe,



sind die Schädlichkeiten eines Krieges, vor allem eines so lange dauernden, nicht gering anzuschlagen. Die ungeheure Spannung der letzten Tage vor der Mobilmachung: Wie wird es? haben wir alle kennen gelernt. Ich glaube, auch den Ruhigsten hat da manchmal eine innere Unruhe gepackt. Kaum ist die Spannung gelöst, die Mobilmachung da, heißt es für den Soldaten, den Reservisten, den Landwehrmann Abschied nehmen von Eltern und Geschwistern, Frau und Kind. Wenn auch die allgemeine Begeisterung den Mann mit fortreißt, diesen Aufregungen und Sorgen kann er sich doch nicht entziehen, und sie werden ihn überallhin verfolgen.

Dann der Feldzug selbst! Die größten körperlichen Anstrengungen werden von den Leuten verlangt, Gewaltmärsche, Anlegen von Schützengräben; sie sind verbunden mit der größten seelischen Spannung. Oft heißt es tagelang im Schützengraben untätig unter feindlichem Feuer liegen, ohne daß eine Ablösung möglich wäre, ohne daß ein Vorstürmen andern Erfolg verspräche, als den Tod aller. Die Eindrücke, die auf den einzelnen einstürmen, sind mannigfach, oft Schrecken und Abscheu erregend. Die Hinterlist der Bevölkerung heißt die Soldaten auch weit hinter der Schlachtlinie ständig auf der Hut sein. Auf den Offizieren lastet die schwere Verantwortung, je höher hinauf, um so größer. Es ist sicherlich keine Kleinigkeit, rasch die Entscheidung zu treffen über Leben und Tod so vieler Menschen, ohne zu wissen, wie es hinausgeht, gut oder schlimm. Bei raschem Vorgehen fehlt es oft an richtiger Nahrung, der Schlaf ist ungenügend, dann kommen die Schädigungen der Witterung hinzu. Im Sommer sind es vor allem die Hitzschläge, die großen Schaden anrichten. Die En- und Epidemien, die glücklicherweise in diesem Feldzug keinen allzu großen Umfang anzunehmen scheinen, vor allem der Typhus, schädigen auch das Zentralnervensystem. Und nicht zuletzt müssen die mannigfachen Traumen erwähnt werden, die den Schädel treffen, von der leichtesten Gehirnerschütterung bis zur schweren Schußverletzung. Ein großer Feind wurde glücklicherweise für die erste Zeit wenigstens aus dem Heere verbannt, der Alkohol. Er hätte sicherlich noch viele Opfer gefordert. Nicht zu vergessen ist die psychische Infektion, die oft Paniken hervorzurufen vermag, allerdings keine länger dauernde Störung, wenigstens bei geistig Normalen, auszulösen scheint.



Je länger der Krieg dauert, um so mehr häufen sich die Schädigungen und können schließlich auch relativ gesunde Leute angreifen.

Gibt es bei all diesen Schädigungen, die wir doch im gewöhnlichen Leben nicht kennen, wenigstens nicht in der Größe, eine eigentliche Kriegspsychose? Die Frage ist viel erörtert worden, und schließlich hat man sie in den letzten Jahren immer verneint. Es lassen sich die Fälle, die in der Literatur beschrieben sind, bequem unter die bestehenden Krankheitsbegriffe einordnen. Auch der Inhalt der Wahnideen deutet im großen und ganzen selten auf die Ursache der Erkrankung hin. Die Kriegsereignisse spielen in dem Gedankenkreis der Kranken eine geringe Rolle. Aber selbst wenn man bei der Mehrzahl der Kranken Ideen kriegerischen Inhalts nachweisen könnte, hätte das selbstverständlich auf die Klassifizierung der Krankheit keinen Einfluß.

Eines haben die Fälle nach den Angaben der Literatur offenbar gemeinsam, eine große Einförmigkeit in ihrem Verlauf. So heißt es in einem Feldbrief auf 1870/71, den ich dem Sanitätsbericht entnehme: „Interessante psychische Fälle habe ich nicht gesehen. Geisteskranke kamen zur Genüge vor“ usw. Als weiteres gemeinsames Merkmal werden im gleichen Werke „eine auffallende psychische Schwäche“ „mit raschem und sicherem Übergang in psychische Erschöpfung“ gekennzeichnet. Die gleiche Erfahrung hat man auch bei späteren Kriegen, besonders dem russisch-japanischen, gemacht: „eine rasche Entwicklung der Demenz und große Seltenheit einer Remission“.

Welche Krankheitsformen werden hauptsächlich beobachtet? Auf dem Schlachtfelde selbst kommen vielfach hysterische Erregungszustände vor; weiter treffen wir Neurasthenie und Unfallpsychosen, Störungen nach Gehirnerschütterung und Schädeltraumen, Epilepsie, Paralyse, Jugendirresein, Alkoholpsychosen und nicht zuletzt Erschöpfungspsychosen. Die hysteriformen Störungen spielen bei der Expedition nach China eine große Rolle, die Erschöpfungspsychosen in Südwest. Im russisch-japanischen Kriege sind die Offiziere relativ häufiger geistig erkrankt als die Soldaten. Bei den Offizieren machen die Alkoholpsychosen $^2/_3$ aller Fälle aus; es folgen Paralyse, neurasthenische und degenerative Psychosen. Unter den erkrankten Soldaten gehören $^1/_3$ zu den hysterischen und epileptischen Krankheitsformen. Dann kommen Alkoholpsychosen, Jugendirresein, manisch-depressive Störungen usw.



Ich darf hier vielleicht meine Erfahrungen aus der Heil- und Pflegeanstalt und dem Lazarett anfügen.

In der Anstalt leben zurzeit noch 7 Kriegsteilnehmer von 1870/71 und 1 von der China-Expedition. Bei letzterem liegt Dementia praecox vor, ein Fall, der nach den Aufzeichnungen sehr rasch in tiefe Verblödung gekommen ist. Er hat schon vor der Abreise nach Ostasien ein sonderbares Benehmen gezeigt, vielleicht in krankhafter Regung sich zur Expedition gemeldet. Bei den andern 7 handelt es sich 4× um Dementia praecox. 3 sind sofort nach dem Krieg erkrankt, 1 nachweisbar erst 1886. Auch bei diesen bestätigt sich die Erfahrung von der raschen Zunahme der Demenz. Ein Psychopath ist erst 1895 wegen Exhibitionismus eingeliefert worden, soll aber schon vor Paris „trübsinnig und voll Selbstmordgedanken" gewesen sein. 1 ist Epileptiker und 1 gehört zur Gruppe der Dementia senilis. Bei diesem erblich belasteten Manne, der erst 1911 aufgenommen wurde, wird man wohl schwerlich den Krieg als Hauptursache bezeichnen dürfen. Über die Stellung der Kranken zu den jetzigen kriegerischen Ereignissen ist wenig zu sagen. Die Verblödeten reagieren gar nicht oder mit Schimpfen auf eine Erzählung vom Krieg, eben wie auf jeden andern Reiz. Der Psychopath registriert genau alles und hält den andern Kranken der Abteilung Vorträge, denen sie sich aber vielfach zu entziehen suchen. Von einer großen Urteilskraft ist bei diesen Vorträgen nichts zu finden.

Die Kranken, welche im Lazarett zur Beobachtung kamen, möchte ich in zwei Abteilungen trennen. In der ersteren erwähne ich die, welche infolge der Mobilmachung oder während des Dienstes in der Garnison erkrankten oder auch während der Ausbildung als abnorm auffielen. 1 gehört zur Gruppe des manisch-depressiven Irreseins, 3 zum Jugendirresein, 4 zur Epilepsie, 6 in die Klasse der Imbezillen oder Psychopathen, 2 zu den Alkoholpsychosen, 1 zur traumatischen Hysterie. Bei ihm sind schwerere hysterische Anfälle beobachtet worden. Unter den Imbezillen haben wir 1 moralisch und 4 geistig minderwertige. Alle haben mit Ausnahme eines Schwachsinnigen körperliche Fehler aufzuweisen. Der Psychopath hat ausgesprochene Zwangsideen: er muß z. B. immer wieder nachsehen, ob er das Gaslicht ausgelöscht hat, ohne daß er nachher zur Ruhe kommt, weil ja doch irgend etwas noch fehlen könnte. 9mal ist erbliche Belastung nachgewiesen. 3 sind in die Anstalt eingewiesen worden, und zwar die 3 Fälle von Dementia praecox. Bei keinem Falle findet sich etwas für die Zeit der Entstehung Charakteristisches.

Die 2. Gruppe sind Teilnehmer am Feldzug selbst. Hier haben wir 2 Fälle von manisch-depressivem Irresein, 2 von Dementia praecox, 8 Epileptiker, 10 traumatische Neurosen, bei denen zwar die nervösen Symptome überwogen, die aber auch psychisch nicht mehr intakt waren, 1 Imbezillen oder Psychopathen, bei dem der Alkohol auch eine gewisse



Rolle spielt, der eine lange Strafliste im Zivil- und Militärleben hat, und 1 Psychose nach Schußverletzung des r. Felsenbeins.

Hier ist 12mal erbliche Belastung nachgewiesen. Sonst wird in ätiologischer Beziehung von einem Epileptiker angegeben: er sei durch den Luftdruck bei einer Granatexplosion in die Höhe geschleudert worden, bei den Fällen von traumatischer Neurose: Schreck durch Granatexplosion, 7tägiges Liegen im Granatfeuer, Verschüttung durch Granate und Hitzschlag. Die 2 Fälle von Dementia praecox scheinen beide auf dem Boden einer Imbezillität entstanden. Der eine, ein Bäcker, ist vor dem Kriege viel auf Wanderschaft gewesen, „hat es schon öfter im Kopf gehabt". Der andere hat von Douai und Godesberg die Diagnose „angeborner Schwachsinn" mitgebracht.

Von den Epileptikern hat nur 1 den ersten Anfall im Felde erlitten, ohne daß er eine Ursache dafür wußte. Alle übrigen haben schon vorher längere Jahre an Anfällen gelitten, hatten den Umstand zum Teil wohl bei der Einstellung im August verschwiegen, um nicht zurückgewiesen zu werden. 1 allerdings war trotz eines ärztlichen Attestes als felddienstfähig erklärt worden. 1 hat den ersten Auszug und die Strapazen scheinbar gut überstanden. Erst die Aufregung über das zweite Ausrücken nach Heilung einer geringfügigen Schußverletzung löst einen langdauernden Dämmerzustand aus. Ein Landsturmmann hätte gern die Gelegenheit benutzt, eine Rente mit seiner Epilepsie herauszuschlagen, wenn nicht Erhebungen das lange Bestehen der Krankheit bestätigt hätten. Ein Kaufmann, Reservist, der 1 Jahr vor dem Krieg epileptische Anfälle gehabt haben will, hat eigentümliche, ticartige Zuckungen in der Muskulatur des Gesichtes, Halses und der Extremitäten geboten, die ihn kaum zur Ruhe kommen ließen. Beim Nachlassen der Zuckungen erleidet er einen Anfall, der leider nicht von einem Arzt beobachtet, aber von einem Irrenpfleger als sicher nicht epileptisch beschrieben wird.

Ein Kranker bringt in seinen Wahnideen die Franzosen als seine Verfolger. Bei den „Nervösen" spielen vielfach schwere Träume und nächtliche Angstzustände, bei denen sie in einer Schlacht zu sein glauben, eine gewisse Rolle. Sonst unterscheiden sich die Fälle nicht von andern Nervösen und Geisteskranken.

Von den Zugängen aus dem Heer in die Anstalt sind 1 Alkoholiker und 1 Fall von Jugendirresein während der Mobilmachung eingeliefert, 3 Fälle von Jugendirresein während der Ausbildungszeit in der Garnison oder beim Garnisondienst als Reservist erkrankt. Der Alkoholiker — es handelt sich um Delirium tremens — ist bereits entlassen und soll felddienstfähig erklärt worden sein.

Vom Felde oder wenigstens aus dem Aufmarschgebiet wegen Krankheit zurückgekommen sind 4 Fälle von Neurosen, 1 Alkoholiker, 3 Manisch-Depressive und 7 Fälle von Dementia praecox. 7 Fälle aus der Anstalt sind schon oben bei den Kranken aus dem Lazarett erwähnt. 1 Fall von

Dementia praecox gehört dem französischen Heeresverband an. 2 sind bereits wieder entlassen, der Alkoholiker und 1 Fall von Neurose. 1 Neurastheniker sollte entlassen werden. Als er hörte, daß er zu seinem Ersatztruppenteil komme, hat er sich derart über den Gedanken erregt, daß ein Rückfall eintrat: Ängstliche Spannung, Unruhe, Beteuerungen, daß er nicht schwindle usw. NB. Simulation ausgeschlossen.

5mal ist in der Vorgeschichte von erblicher Belastung die Rede. Als besondere Ursachen werden Aufregung bei der Mobilmachung, Hitzschlag, Verwundung, Prellung am Hinterkopf angeführt.

Im wesentlichen unterscheiden sich die Kranken nicht von andern. Nur einer klagte mir neulich auf meine Frage: er habe einem Franzosen den Schädel mit dem Gewehrkolben zertrümmert, und den schrecklichen Anblick bringe er nicht los. Sonst bieten die Kranken ziemlich häufig nervöse Symptome.

Wir haben aus den bisherigen Ausführungen entnommen, daß die Zahl der Geisteskranken in unserem jetzigen Kriege höchstwahrscheinlich nicht gering sein wird. Da drängt sich unwillkürlich die Frage auf, wie für diese Armen gesorgt wird.

Darf ich auch hier kurz Geschichtliches erwähnen! Besondere Einrichtungen zur Behandlung und Versorgung von Geisteskranken finden wir zum ersten Male im russisch-japanischen Krieg auf russischer Seite; auch hier erst im Frühjahr 1904, unter dem Zwange der Verhältnisse entstanden. Dicht hinter der Front ist eine psychiatrische Feldambulanz errichtet worden, die von Spezialisten geleitet und mit geschultem Personal reichlich versehen war. Diese Ambulanz hat die Kranken in ein Zentrallazarett für Psychosen in Charbin eingeliefert, in dem zahlreiche Psychiater und Irrenpfleger angestellt waren. Eigens eingerichtete Eisenbahnwagen haben dann die transportfähigen Kranken unter ärztlicher Begleitung nach Europa gebracht und hier in die heimischen Anstalten verteilt. Auf Einzelheiten kann ich hier nicht weiter eingehen.

Unsere Heeresleitung hat sich selbstverständlich auch die Erfahrungen früherer Kriege zunutze gemacht. Eine wichtige Rolle spielt bei der Bekämpfung der Geisteskrankheiten im deutschen Heere die Prophylaxe. Nach Anlage 1, Nr. 15, 16, 17 und 18, D.-V. 319 (Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit) machen „überstandene oder noch bestehende Geisteskrankheiten sowie angeborner Schwachsinn und krankhafte seelische Veranlagung, die die Ausbildung oder Ausübung des Militärdienstes verhindern", nachgewiesene Epilepsie, chronische Gehirn- und Nervenkrankheiten, andere chronische Nervenkrankheiten ernsterer Art völlig dienstunfähig. Außerdem sind unter Anlage 1 Z 15 „Krankheiten des Nervensystems" erwähnt, die zeitig untauglich machen, und in Anlage 1 L 18 chronische Nervenkrankheiten, die den Dienst mit der Waffe ausschließen. So werden tunlichst die Geisteskrankheiten von vornherein



von dem Heere fernzuhalten gesucht. Natürlich kommen trotzdem Geisteskranke ins Heer, wie wir schon gehört. Daß sie rechtzeitig erkannt und entfernt werden, sind nicht nur Militärärzte vielfach zur Ausbildung als Psychiater an Kliniken und Anstalten kommandiert, sondern auch eigene Beobachtungsstationen bei größeren Lazaretten errichtet.

Eine große Schwierigkeit bietet sich bei all den Vorschriften nur für die Entlassung der Epileptiker. „Nachgewiesene Epilepsie" setzt nämlich nach Ziff. 178 D.-V. 319 das Vorkommen wiederholter Anfälle mit charakteristischen Symptomen voraus. Sie ist bei einem ausgebildeten Soldaten erst dann als festgestellt anzusehen, „wenn sich die Anfälle überhaupt wiederholen" und „wenn ein Militärarzt einen solchen Anfall ganz oder teilweise gesehen und als epileptischen erkannt hat". Diese Bestimmung sollte wohl revidiert werden, da doch Epilepsie auch aus andern Symptomen erkannt wird. Wir haben uns einmal geholfen, daß wir statt Anlage 1 U 16 Anlage 1 U 17 setzten.

Aber diese prophylaktische Tätigkeit muß auch in Kriegszeiten, ich möchte sagen, in gesteigertem Maße fortgesetzt werden. Die Erfahrungen lehren uns, daß die Geisteskranken gegen Ende eines Krieges und in der ersten Zeit nach dem Kriege besonders zahlreich sind. Das liegt zum Teil an der allgemeinen Ermüdung und Erschöpfung der Soldaten, zum größeren Teil vielleicht aber daran, daß bei längerer Kriegsdauer um so mehr körperlich und geistig weniger leistungfähige Mannschaften eingestellt werden müssen. Hier die richtige Auswahl zu treffen, obliegt den Ärzten in der Heimat. Dabei ist nach meiner festen Überzeugung unbedingt nötig, daß man sich möglichst von Simulantensucherei fernhält. Bei meiner Einstellung hat mich davor der damalige Chefarzt gewarnt und dabei gesagt, daß in unserer jetzigen großen Zeit Simulation jedenfalls sehr selten sei.

Wir brauchen jeden Mann. Aber ein geistig minderwertiger kann uns nichts nützen. Er schadet mindestens durch sein Beispiel auch anderen, wenn er nicht gar einmal draußen im Felde durch eine Erregung oder in einem Dämmerzustand großes Unheil anrichtet. Ich erinnere mich hier eines Falles. Der Mann wird uns wegen Simulation eingeliefert. Bald stellt sich heraus, daß er körperlich wenig leistungfähig ist und in psychischer Beziehung den moralisch Minderwertigen zugerechnet werden muß. Vielleicht hat er durch Aggravation versucht, vom Dienst loszukommen. Aber anderseits hat ihn selbst der Mittelarrest nicht abgeschreckt, zu klagen und zu jammern. Wir haben das Dienstunbrauchbarkeitsverfahren beantragt. Bei einem andern Falle, bei dem die Minderwertigkeit mehr auf intellektuellem Gebiet liegt, haben wir die Verwendung im inneren Dienst empfohlen.

Nun zur Behandlung der Psychosen im Felde! Zuerst muß hier Rücksicht auf die Allgemeinheit genommen werden. Unter keinen Umständen darf die Truppe durch einen Geisteskranken gestört werden in

ihren Bewegungen. Da muß eventuell zu Gewaltmitteln gegriffen, der Kranke mit Stricken gefesselt werden. Dann möglichst rasche Entfernung aus der Front. Die Ärzte haben Morphium bei sich zu führen; bei den Sanitätskompagnien und den Feldlazaretten findet sich Hyoszin. So können erregten Kranken auch Einspritzungen gemacht werden. Im Feldlazarett können außer Beruhigungsmitteln (Trional, Veronal, Morphium) Packungen gemacht werden. Im Notfall wird man aber auch hier noch zur Zwangsjacke und sonstigen mechanischen Beschränkungen greifen müssen.

In der Etappe obliegt es dem Etappenarzt, im Notfall beim Kriegslazarett eigene Abteilungen für Geisteskranke einzurichten. Ein Teil der Ärzte und des Pflegepersonals soll mit der Irrenpflege vertraut sein. Bei den Güterdepots der Sammelstationen sind je 12 Wannen für Dauerbäder, 20 Kasten- und Gitterbetten, unzerreißbare Schuhe und Anzüge, Torfmullklosetts bereitgestellt.

Für den Rücktransport in die Heimat können Eisenbahnwagen entsprechend hergerichtet werden. Für die Unterbringung in der Heimat haben die Reservelazarette zu sorgen. Die Zahl der vorhandenen Betten ist besonders zu melden. Die Kranken sind in den Lazaretten oder in Heil- und Pflegeanstalten unterzubringen. Dann ist möglichst rasch das Dienstunbrauchbarkeitsverfahren einzuleiten, selbst wenn baldige Genesung in Aussicht stehen sollte. Nach Anlage 1 U 18 schließt ja auch überstandene Geisteskrankheit vom Heeresdienst mit Recht aus. Wir müssen daran festhalten, wenn auch die Geschichte uns ein Beispiel von glänzender Feldherrntätigkeit nach überstandener Psychose bringt, den alten Feldmarschall Blücher.

Mit einigen Worten will ich von der Prognose sprechen. Im Sanitätsbericht von 1870/71 steht die Bemerkung, daß viele leichtere Störungen in dem Lazarettregime die Bedingungen zur Genesung fanden. Das ist gewiß richtig. Ich möchte hinzufügen, vielleicht auch unter den Kameraden in der Garnison. Ich erinnere mich vieler Kranken, die in gedrückter Stimmung ohne Interesse für die Umgebung waren beim Eintritt ins Lazarett. Einer mit dem Eisernen Kreuz an der Brust gibt kaum Antwort, ist mürrisch, ohne Freude über die Auszeichnung. Erst nach einigen Tagen — er war durchaus nicht körperlich schwer krank — kehrt die Lebenslust wieder. Er erzählt mit Freude, wie er sich das Eiserne Kreuz verdient hat. Ein anderer, den ich im Zivilleben als heiteren, tüchtigen Menschen kenne, liegt wegen eines oberflächlichen Streifschusses bei uns. Die Wunde ist verheilt. Er jammert über Kopfschmerzen. Objektiv kein krankhafter Befund. Er soll entlassen werden. Da bestürmt er mich fast grob, er sei noch krank. Ich höre ihn an, ohne viel zu entgegnen, und lasse die Meldung nicht rückgängig machen. 14 Tage später ruft mir einer auf der Straße überglücklich zu: „Morgen geht's fort." Unter den Kameraden



ist ihm der Mut, das Selbstvertrauen wiedergekommen, und er hat die vorige Stimmung nicht mehr verstanden.

Im Gegensatze dazu ist die Prognose der eigentlichen schwereren Geistesstörungen schlecht. Die Erschöpfung ist zu groß, und der Schädlichkeiten sind es zu viele gewesen, die auf die Armen eingestürmt sind.

Was soll mit den Ärmsten geschehen? Hier kommt zunächst die Frage der Dienstbeschädigung. Als Dienstbeschädigung gilt nicht nur die Entstehung eines Leidens im Dienst, sondern auch die Verschlimmerung eines bestehenden.

Nach 1870/71 ist man mit der Anerkennung der Dienstbeschädigung sehr weitherzig verfahren. Noch lange nach dem Präklusivtermin zur Erhebung von Ansprüchen sind Pensionen genehmigt worden. Ein Psychiater hat die Forderung aufgestellt, daß eine Pension genehmigt werden soll, wenn nicht unzweifelhaft der Krieg als ursächliches Moment ausgeschlossen werden könne. Dieser Satz ist aber schon von zeitgenössischen Irrenärzten abgelehnt worden. Die gewährten Pensionen sind durchschnittlich sehr reichlich gewesen. So beziehen 3 unserer Patienten in der Anstalt monatlich 102 M., 1 54 M. monatlich, 1 120 M. jährliche Reichsbeihilfe, 1 nichts; von 1 ist es mir unbekannt. Der Teilnehmer am Chinafeldzug bekommt monatlich 102 M., obwohl anamnestisch der Krankheitsbeginn vor den Krieg datiert werden kann.

Wie aus der Literatur hervorgeht, steht man heute auf einem strengeren Standpunkt. In der allgemeinen Unfallpraxis verhält man sich bei einzelnen Krankheiten im allgemeinen folgendermaßen, wenn es gilt, festzustellen, ob eine äußere Schädlichkeit, ein Unfall die Psychose ausgelöst hat. Zum Ausbruch der traumatischen Neurose genügen oft geringfügige Einwirkungen. Bei diesen Kranken ist der Boden ja meist vorbereitet. Das Vorkommen der traumatischen Neurose im Kriege wird von manchen Autoren bestritten. *Wollenberg* erwähnt sie indessen in einer Abhandlung in der feldärztlichen Beilage zu M. M. W. und meint, „daß die Begehrungsvorstellungen hier nicht auf die Erlangung einer Rente, sondern auf die Befreiung von der militärischen Dienstpflicht gerichtet sind".

Die progressive Paralyse: Hier kann ein Trauma, das den Kopf trifft, oder große Überanstrengung, körperliche Erschöpfung wohl als auslösendes Moment angesehen werden. Man hat sogar behauptet, daß die Anstrengungen des Krieges eine frühere Entstehung der Paralyse begünstigen.

Zur Auslösung des manisch-depressiven Irreseins, der Dementia praecox, der Hysterie, Epilepsie genügt nach der allgemeinen Auffassung schon ein intensiver Schreck, wieviel mehr erst Anstrengungen, Erschöpfung, Traumen. In den letzten Jahren hat die *Abderhalden*sche Serumuntersuchung, wie sie *Fauser* in die Psychiatrie eingeführt hat, über die Ursachen dieser Krankheiten manche Aufklärung gebracht. Auch wir

haben in unserer Anstalt einige wenige Untersuchungen unternommen. Aber die Ergebnisse sind noch nicht derart abschließend, daß wir sie jetzt schon allgemein verwenden dürften. Schließlich klären auch sie nicht die letzte Ursache auf.

Erschöpfungspsychosen, traumatische Psychosen, Psychosen nach Epidemien usw. müssen selbstverständlich als durch Dienstbeschädigung entstanden anerkannt werden.

Senile, präsenile, arteriosklerotische Erkrankungen, Paranoia können wohl auch in vielen Fällen auf Kriegsstrapazen zurückgeführt werden.

Für alkoholische Störungen wird man selten Dienstbeschädigung annehmen. So ist in einem Fall von unserer Anstalt die Frage der Dienstbeschädigung verneint worden.

Um die ganze Frage der Dienstbeschädigung prüfen zu können, ist vor allem eine ziemlich genaue Vorgeschichte zu erheben. Die Familienverhältnisse, das frühere Leben des Kranken, seine Entwicklung, seine Berufstätigkeit, sein Verdienst, Familienleben, sexuelle Infektion, Alkoholmißbrauch, das alles soll bekannt sein; dann womöglich auch die angeblich letzte Ursache der Erkrankung. Es genügt durchaus nicht, daß man sich über den augenblicklichen Zustand klar ist.

So haben wir einen Fall beobachtet, der dann in die Anstalt überführt wurde. Er ist oben schon erwähnt. Es handelt sich bei ihm zweifellos um Jugendirresein, bei dem ich den bestimmten Eindruck hatte, daß es auf dem Boden einer Imbezillität entstanden sei. Er gab selbst an, viel auf der Walze gewesen zu sein und es schon öfter im Kopf gehabt zu haben. Zur Entscheidung, ob hier Dienstbeschädigung vorliegt oder nicht, wie hoch die Rente zu bestimmen ist, sind unbedingt Erhebungen nötig, ob die Angaben des Kranken auf Wahrheit beruhen. Nur dann können wir beiden Parteien, dem Staat und dem Kranken, in unseren Gutachten gerecht werden.

Oder der Epileptiker, bei dem die ticartigen Zuckungen aufgetreten sind! Hier können nur Erhebungen über Vorleben und eine längere Beobachtung Klarheit bringen.

Bei Leuten, die vor dem Kriege schon krank waren, und deren Leiden nicht verschlimmert ist, werden wir keine Entschädigungsansprüche anerkennen, so bei den vielen Epileptikern, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten.

Ist eine Verschlimmerung zu verzeichnen, so muß wohl Dienstbeschädigung anerkannt, bei Festsetzung der Rente aber der Verdienst unmittelbar vor Kriegsausbruch berücksichtigt werden.

Bei Geisteskrankheit wird nach der Dienstanweisung für die Beurteilung der Militärdienstfähigkeit D.-V. 319 völlige Erwerbunfähigkeit bei Anstaltbedürftigkeit anerkannt. In andern Fällen kann bis zu 50% herabgegangen werden. Es darf ferner den Anstaltbedürftigen oder auch





nur fremder Pflege Bedürftigen eine einfache Verstümmlungszulage gewährt werden, wenn Dienstbeschädigung vorliegt. Diese Zulage kann bis zum doppelten Betrag erhöht werden, wenn der Betrag zur Deckung der Pflegekosten nicht ausreicht.

Die Frage, ob bei Kranken, bei denen Dienstbeschädigung nicht anerkannt wird, der Staat nicht lieber die Kosten der Verpflegung übernehmen sollte, damit die kleinen Gemeinden etwas entlastet würden, wage ich nicht zu entscheiden.

Zum Schluß möchte ich nicht versäumen, darauf hinzuweisen, daß wir nicht zu schwarz zu sehen brauchen bezüglich der Zahl der Geisteskranken im jetzigen Kriege. So schreibt *Wollenberg* in Nr. 13 der Feldärztlichen Beilage zur M. M. W., daß bis dahin die psychiatrische Klinik in Straßburg zur Aufnahme für die Geisteskranken genügt habe, und daß von dem Lazarett für „Nervöse" mit 280 Betten nie mehr als $^1/_3$ belegt war.

Literatur.

1. *Kraepelin*, Psychiatrie I, 1909.
2. *Schüle*, Handbuch der Geisteskrankheiten, 1878.
3. Allg. Zschr. f. Psych. XXX. *Dick*, Geisteskranke als Opfer des letzten deutsch-franz. Krieges.
4. Id. XXXVI. *Fröhlich*, Über Psychosen beim Militär.
5. Id. XXXVII. *Lochner*, Psychosen beim Militär nach Feldzügen.
6. Id. XXXIX. *Schwaab*, Versorgung geisteskr. Invaliden des Krieges 1870/71.
7. Id. XLIV. *Dietz*, Geistesstörungen in der Armee im Krieg und Frieden.
8. Id. LXIV.
9. *Specht*, Krieg und Geistesstörung. Prorektoratsrede 1913.
10. Münch. med. Wchschr. 1910, 48, S. 2550: 4. Int. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke.
11. Id. 1913, 27, S. 1496: *Glas*, Über geistige Erkrankungen und Fürsorge für psychisch Erkrankte im Heer.
12. Id. 1914, 42/43. *Weygand*, Geisteskrankheiten im Krieg.
13. Id. 1914, 44. *Wollenberg*, Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern.
14. Id. 1914, 45/46. *Hott*, Über Kriegsverletzungen des Nervensystems.
15. Id. 1914, 51. *Reckzeh*, Die durch den Krieg auf dem Gebiete des Versicherungswesens geschaffenen Änderungen.



16. Psych.-neur. Wchschr. 1914/15, Nr. 37/38. *Horstmann*, Zur traumatischen Neurose.
17. Psych.-neur. Wchschr. 1914/15, Nr. 39/40. *Birnbaum*, Kriegspsychosen?
18. *Lewandowsky*,
19. Sanitätsbericht über die deutschen Heere 1870/71, VII.
20. Kriegssanitätsordnung.
21. Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit.

Ein Fall von Unfallneurose.

Von

Dr. **Hans Laehr**-Schweizerhof.

In einer sehr lesenswerten Schrift[1]) stellt *P. Horn* als Ergebnis eigner und von andern ausgeführter Erhebungen fest, daß „die Heilungsaussichten der Unfallneurosen im Falle rechtzeitiger Kapitalabfindung ganz überraschend günstige sind“, und daß die einmalige Kapitalabfindung bei nervösen Unfallfolgen diejenige Entschädigungsart ist, die „im Interesse des Pat. sowohl wie in demjenigen des Haftpflichtigen von jedem objektiv urteilenden Gutachter anzustreben ist, ein Standpunkt, der wohl kaum auf ernstlichen Widerstand mehr stoßen dürfte“. Da nun nach § 843 BGB. nur der Verletzte berechtigt ist, den Antrag auf Kapitalabfindung anstatt einer Rente zu stellen, und von diesem Rechte im Verlauf des Prozesses nur selten Gebrauch gemacht wird, hält *Horn* eine Ergänzung jenes Paragraphen dahin für erforderlich, daß „auch auf alleinigen Antrag des Haftpflichtigen hin dem Gerichte die Möglichkeit zur Zuerkennung einer Abfindung gegeben sein sollte oder die Art des Entschädigungsmodus (Rente oder Abfindung) ohne Rücksicht auf die Parteianträge vollkommen dem freien richterlichen Ermessen vorbehalten bliebe“.

Horn hat vor allem die Eisenbahnunfälle im Auge, auf die auch seine eigenen Untersuchungen sich beziehen, und er betont „die gewaltige praktische Tragweite der ganzen Neurosenfrage und insbesondere auch der zahllosen Simulationsversuche“, die auch darin zutage trete, „daß gerade die nervösen Eisenbahnunfallverletzten bisher ganz enorme Entschädigungsforderungen zu stellen pflegten, und daß

[1]) *Paul Horn*, Über die neuere Rechtsprechung bei Unfallneurosen mit besonderer Berücksichtigung der Entscheidungen des Reichsgerichts und des Reichsversicherungsamtes; Berlin 1915.



es noch immer in außerordentlich zahlreichen Fällen nicht zu einer gütlichen Einigung, sondern zu langwierigen Haftpflichtprozessen kommt". Um nun auch diese Prozesse mit ihren üblen Folgen für die Unfallverletzten zu verhindern, schlägt er bei Eisenbahnunfällen vor, in der Art, wie es bereits bei den Unfallversicherungsgesellschaften mit sehr gutem Erfolg geschieht, die Regelung der Entschädigungsansprüche einem ärztlichen Schiedsgericht anzuvertrauen, bestehend aus je einem Vertrauensarzt des Pat. und des Haftpflichtigen und einem von beiden Vertrauensärzten zu wählenden Obmann; um dies von der freien Vereinbarung unabhängig zu machen, könne „in der Eisenbahnverkehrsordnung, die ja u. a. auch das gegenseitige Vertragsverhältnis zwischen Fiskus und Fahrgast regelt, eine dahingehende Bestimmung — Unterwerfung bei Schadensfällen unter ein ärztliches Schiedsgericht — aufgenommen werden". Die Zulässigkeit des Ausschlusses gerichtlicher Klage durch die Eisenbahnverkehrsordnung ergibt sich aus §1025 ZPO.; die Erweiterung der EVO. durch einen besonderen Abschnitt hierüber dürfte grundsätzlichen Bedenken nicht begegnen.

Beide Vorschläge *Horns* scheinen sehr beachtenswert. Ihre Ausführung würde manche Verschlimmerung und Verschleppung von Unfallneurosen verhindern und ebenso dem Verletzten wie dem Haftpflichtigen zugute kommen. Ich möchte nun den Gründen, die für jene Vorschläge sprechen, noch einen hinzufügen, den Verf. nicht berührt, weil er nicht auf seinem Wege liegt. Daß das langwierige gerichtliche Verfahren zur Feststellung der Unfallentschädigung für Nervenkranke unzweckmäßig ist, darüber herrscht ja im großen und ganzen Übereinstimmung. Meist werden jedoch, wie auch vom Verf. jener Schrift, unberechtigte Begehrungsvorstellungen als Ursache dafür angenommen, daß der Unfallverletzte so oft auch billigen Einigungsvorschlägen sich verschließt. Es ist aber nicht unwichtig, demgegenüber hervorzuheben, daß auch die Krankheit selbst die Ursache enthalten kann, so daß nicht eine von der Krankheit unabhängige Übertreibung des Verlangens nach Gewinn, sondern eine aus der Krankheit hervorgehende Unfähigkeit zum Entschluß, den als unheilvoll erkannten Prozeß aufzugeben, schuld an dessen Fortführung und der damit zusammenhängenden Verschlimmerung der Krankheit ist. Denn wenn es sich herausstellt, daß nicht nur Begehrungsvorstellungen, die als Schuld des Unfallverletzten aufgefaßt werden können, sondern auch

krankhafte Vorgänge in ihm vielfach die Verschleppung von Haftpflichtprozessen bewirken, so muß dies jeden Vorschlag unterstützen, der eine rasche und doch sachgemäße Erledigung der Entschädigungsansprüche auch ohne Zustimmung des Kranken ermöglicht.

In einem Falle, der auch sonst des Interesses nicht entbehrt, ist mir der Zusammenhang besonders deutlich entgegengetreten, der zwischen Krankheit und Ablehnung jeden Vergleichs bestand. Es handelte sich um eine Hysterika, die eine wesentliche Verschlimmerung ihres Leidens dadurch erlitt, daß das vordere Brett eines Bahnhofklosetts abbrach und Pat. hierdurch nach vorn auf den schmutzigen Fußboden fiel. Hier zeigte sich der unheilvolle Einfluß des langen Haftpflichtprozesses ebenso klar, wie das Widerstreben gegen eine gütliche Einigung auf die Krankheit der Pat. zurückgeführt werden konnte, und gerade, weil es sich um Verhältnisse handelt, die bei Hysterie recht gewöhnlich sind, aber nicht immer so offen zutage liegen, scheinen mir die über den Fall erstatteten Gutachten der Mitteilung wert. Zugleich ist die Harmlosigkeit, mit der Pat. sich auf der Grenze zwischen Simulation und Übertreibung bewegte (s. S. 146—150), bemerkenswert, weil auch hier der Zusammenhang mit der Krankheit deutlich hervortrat.

Frau X., geb. 1870, in Schweizerhof zur Beobachtung 19. 9.—26. 10. 1912. Eine Schwester nervös. Pat., seit 1895 verheiratet, hat 2 normale Entbindungen und 1 Fehlgeburt durchgemacht; 1 Kind klein gestorben, das andere zwölfjährige gesund. Am 26. 9. 1908 fuhr Pat. nach Berlin und benutzte während eines Aufenthalts in F. den dortigen Bahnhofabort, der ihr wegen des ungewöhnlichen, alles bedeckenden Schmutzes Ekel einflößte. Kaum hatte sie sich gesetzt, so hatte sie das Gefühl, als ob der Abortsitz sich etwas nach vorn senkte, fühlte plötzlich das vordere Brett, das sich vom Sitze losgelöst hatte, an den Beinen und brach nun vor Schreck ohnmächtig zusammen. Nach kurzer Zeit erwachte sie wieder, raffte sich mit Mühe und Not hoch, ließ alles stehen und liegen, ging hinaus und setzte sich in den zur Abfahrt bereitstehenden Zug. Pat. ergänzt diese Schilderung in ihrer eidlichen Aussage so: Als sie sich des Schmutzes halber in unbequemer Stellung hingesetzt hatte, da hörte sie etwas knarren und hatte dann das Gefühl, daß der Sitz sich nach vorn senkte. „Ich weiß dann, daß ich vor Schreck das Bestreben hatte, hinauszukommen, und daß wohl, während ich mich erheben wollte, etwas zwischen die Beine oder Füße kam, worauf ich dann hinstürzte. Alles das spielte sich in einem Zeitraum von wenigen Sekunden ab. ... Ich habe zunächst noch halb benommen am Boden herumgetastet und mich an der Türklinke dann aufgerichtet. Ich hatte vor Schreck noch Schaum vor dem Munde und

hatte gleich Schmerzen an den Füßen, im Steiß und im Genick und sehr heftiges Herzklopfen." Die Schmerzen und das Herzklopfen, verbunden mit Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, blieben bestehen, dazu traten allmählich stumpfes Gefühl in den Füßen, Zucken im Gesicht, Gedankenschwäche, Vergeßlichkeit, unangenehme Gefühle der Beklemmung in der Herzgegend, Mattigkeit, Unlust zur Arbeit, Schwindelanfälle mit Flimmern vor den Augen und migräneartige Kopfschmerzen. Gestützt auf das Zeugnis des Dr. *T.* und des Kreisarztes Dr. *W.* verlangte der Gatte der Pat. am 11. 10. 08 Schadenersatz, wurde vom F.er Landgericht abgewiesen und legte Berufung ein an das Kammergericht, das am 24. 1. 11 entschied, „daß der Beklagte verpflichtet sei, dem Kläger die Kur- und Heilungskosten sowie im Umfange des § 845 BGB. den Schaden, der ihm durch den Unfall seiner Frau vom 26. 9. 08 entstanden ist und entstehen wird, zu ersetzen", und die Sache wegen der Höhe des Anspruchs an das Gericht 1. Instanz zurückverwies. Die vom Fiskus eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht zurückgewiesen. Nun klagte Herr X., der aber keinen Schritt ohne Zustimmung der Pat. tat, auf einmalige Zahlung von rund 7800 Mk. und eine jährliche Rente von 2400 Mk. Nachdem der Fiskus sich bereit erklärt hatte, die Kosten eines Beobachtungsaufenthaltes in Schweizerhof zu zahlen, stellte das Gericht dem Kläger anheim, seine Ehefrau zur Aufsuchung der Anstalt zu veranlassen, und so kam Pat., nachdem sie mehrmals abgeschrieben hatte, schließlich am 19. 9. 12 hierher. Ich lasse nun das auf Grund der hiesigen Beobachtung abgegebene Gutachten folgen:

„Frau X., geboren 1870, hielt sich in der hiesigen Nervenheilanstalt vom 19. 9. bis 25. 10. 12 auf. Ihre Klagen betrafen besonders Kopf-, Kreuz- und Gelenkschmerzen, Schwindel, Zittern und Zucken in Armen und Beinen, Angst, Erschwerung der Auffassung, der Erinnerung und des Denkens, Empfindungslosigkeit der Hände und Beine, Erschwerung des Sehens durch Trübungen, Flimmern, Unfähigkeit, nach oben zu sehen und Farbenblindheit, Ohrensausen und -pfeifen und Schlaflosigkeit.

Die Untersuchung der großen, in gutem Ernährungszustand befindlichen, blassen Frau läßt krankhafte Veränderungen der Brust- und Unterleibsorgane nicht erkennen. Der meist regelmäßige, häufig zu Anfang einer Untersuchung raschere Puls betrug für gewöhnlich zwischen 72 und 88, selten bis 102 Schlägen in der Minute. Urin klar, sauer, frei von Eiweiß und Zucker. Die Schilddrüse ist in ihren Seitenlappen unbedeutend vergrößert, weich und nicht druckschmerzhaft, Halsumfang darüber 36 cm. Die Zunge ist nicht belegt, wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt. Die Augen stehen nicht hervor, zittern auch in seitlicher Stellung nicht, das Oberlid bedeckt den Augapfel bei Bewegungen in gewöhnlichem Umfang. Pat. schielt (Strabismus divergens oculi dextri; Pat. hat früher eine Schieloperation durchgemacht). Die Ohrläppchen sind angewachsen, der Schädel symmetrisch und ohne besonderen Befund, Kopfumfang 55 cm, Längslinie vom Hinterhauptvorsprung zur Nasenwurzel 34 cm.





Weder Beklopfen noch Druck auf Schädel oder Wirbelsäule ist schmerzhaft; auch sonst wurden nirgends besondere Druckschmerzpunkte gefunden; auch die innen schmerzenden Gelenke waren von außen nicht druckschmerzhaft. Es besteht an der Brust Nachröten der Haut, das langsam, dann aber stark auftritt; an andern Körperstellen ist es viel weniger ausgesprochen. Die Kniereflexe waren anfangs erheblich verstärkt, später viel weniger; im übrigen boten Sehnen-, Haut- und Schleimhautreflexe nichts Ungewöhnliches.

Um so eigenartigere Befunde ergaben sich in bezug auf Bewegungen und Empfindungen. Der Händedruck ist kaum spürbar; in Rückenlage vermag Pat. das ausgestreckte Bein nur ganz langsam und wenig vom Boden zu erheben (größte Entfernung des Hackens von der Unterlage zirka 5 cm), es tritt dabei plötzlich starkes Zittern, aber kein Abweichen in der Richtung ein, dann aber hält Pat. das Bein in der erreichten Höhe über eine Minute lang mit abnehmendem Zittern. Dagegen vermag Pat. das Bein bei dem geringsten Widerstand überhaupt nicht zu heben, sogar dann nicht, wenn die Hand ohne jeden Druck auf den Unterschenkel gelegt wird. Der Versuch, die Hacken auf das Knie des andern Beins zu legen, gelingt nicht, weil Pat. den Hacken nur bis zur Mitte des Unterschenkels bringen kann, indem sie ihn langsam auf dem Schienbein emporschiebt. Wegstoßen des im Knie gebeugten Beines ist ihr selbst bei leisestem Widerstand unmöglich; auch als der Widerstand plötzlich aufgegeben wird, bleibt das Bein gebeugt. Mit dem Zeigefinger kann Pat. bei geschlossenen Augen sowohl rechts wie links einen Kreis beschreiben, ohne zu zittern, aber nur ganz langsam. Auf Aufforderung, bei geschlossenen Augen den Zeigefinger an die Nase zu führen, bewegt Pat. den gestreckten Finger langsam der Nase zu; plötzlich setzen zuckende Bewegungen des Fingers ein (nicht seitliche, sondern in der Richtung zur Nase hin); kurz vor der Nasenspitze hört das Zittern auf, der Finger weicht langsam von der richtigen, bisher eingeschlagenen Richtung nach der Seite ab und trifft auf meinen Finger, der das Auge der Pat. bedeckt; von da aus führt Pat. ihren Finger langsam zur Nase; der ganze Versuch nimmt r. 24″, l. 17″, dann bei Wiederholung r. 27″, l. 23″ in Anspruch. Ebenso braucht der Zeigefinger, um zum gleichseitigen Ohr zu gelangen, r. 19″, l. 8″, zum anderseitigen Ohr r. 13″, l. 10″. Dabei wackelt die Hand gleich nach dem Erheben stark und beruhigt sich erst allmählich. Mit dem Fuß kann Pat. keinen Kreis beschreiben, da sie seitliche Beinbewegungen nicht ausführen könne. Sie hebt den Fuß nur ein wenig und bewegt ihn auf- und abwärts, erst ganz ohne Zittern, dann kommt starkes Zittern, das schließlich wieder aufhört. Passive Bewegungen der Beine, besonders rasche Beugung des Knies, sind meist erschwert, der Widerstand bei langsamen ist ruckweise oder dauert von Anfang bis zu Ende an. Nur passive Zehenbewegungen sind ungehindert. Doch gelang es bisweilen, ungehemmte Bewegungen auch im Fußgelenk, einmal auch die erste Kniebeugung ohne Widerstand

vorzunehmen, während die zweite dann starkem Widerstand begegnete. Beim Stehen Fuß bei Fuß mit geschlossenen Augen kein Schwanken. Gehen etwas langsam, aber sicher, ebenso Umdrehen. Auf den Stuhl steigen ohne Hilfe der Hände nicht möglich, das Knie schmerze zu sehr; das l. Bein wird schließlich auf den Stuhl gesetzt; das r. kommt nur zur halben Höhe; in dieser Haltung legt Pat. die Hände auf das r. Knie, das schmerze furchtbar, hebt und senkt das frei schwebende Knie mehrmals ein wenig höher und tiefer, kommt aber trotz langem Fortsetzen des Versuchs nicht weiter hinauf.

Die Hautempfindlichkeit verhielt sich nicht immer gleichmäßig. Erheblichere Störungen derselben fehlten an Kopf und Rumpf. An den Beinen nahm die Empfindlichkeit von oben nach unten ab, und zwar so, daß Knie- und Fußgelenke Gebiete größerer und geringerer Empfindlichkeit abgrenzten. Größere Schwankungen zeigten die Füße, doch nahm auch hier die Unempfindlichkeit im allgemeinen von oben nach unten zu. Hier zeigten sich auch weitere Eigentümlichkeiten. Das eine Mal war der r. Fuß vom Fußgelenk an gegen Pinselstrich, Nadelkopf und Nadelstich angeblich ganz unempfindlich, selbst wenn der Stich Rötung des Gesichts bewirkte, ein anderes Mal erstreckte sich die Empfindungslosigkeit nur auf die große Zehe; hier aber bewirkte der Stich mehrmalige krampfhafte Bewegungen im Fußgelenk, ohne daß Pat. ihrer Angabe nach etwas spürte, dagegen konnte Pat. zwar Wärme und Kälte an der (ganzen oder auch nur der halben) Sohle und an den Zehen nicht unterscheiden, empfand aber hierbei die Berührung überall, auch an der großen Zehe, da sie auch hier auf warme und kalte Berührungen, die absichtlich in verschiedenen Zeitabständen erfolgten und auf andere Art von mir nicht angedeutet wurden, mit „ich weiß nicht“ antwortete. An den Armen war ein Viereck um den r. Ellenbogen für Pinselstriche unempfindlich, während diese am Rande des unempfindlichen Vierecks Brennen hervorriefen. Regelmäßig war die Empfindung an den Endgliedern der Finger herabgesetzt, aber auch hier in eigentümlicher Art, indem z. B. bei derselben Untersuchung das Endglied desselben Fingers einmal Pinselstriche empfand, dann nach Prüfung anderer Stellen nicht mehr, oder Pinselstriche als nicht empfunden angegeben wurden, die zwar in der Hauptsache das unempfindliche Glied betrafen, aber auf der empfindlichen Nachbarschaft begonnen hatten. Bei passiven Bewegungen der großen Gelenke konnten die betroffenen Gelenke sowohl wie die Bewegungsrichtung zutreffend angegeben werden, mit Ausnahme der Fußgelenke, bei denen nur das Gelenk, nicht aber die Richtung der Bewegung genannt wurde. Bewegungen der Zehen wurden ungleichmäßig empfunden, auch bei derselben Zehe bald nur die Richtung, bald nur die Zehe, bald beides oder keines von beiden angegeben, stets mußte aber die Bewegung ausgiebig sein, um eine Empfindung zu veranlassen. Bei der großen Zehe ward nur die Richtung der Bewegung bisweilen empfunden, nicht aber die Zehe selbst angegeben.



Bewegungen der Daumen werden richtig empfunden; bei Bewegungen der übrigen Finger kann weder der betroffene Finger noch die Richtung der Bewegung angegeben werden, obwohl die entsprechenden Hautempfindungen keineswegs nach Möglichkeit ausgeschaltet wurden.

Die Hörfähigkeit war vielleicht ein wenig, sicher nur unbedeutend herabgesetzt, leise Flüstersprache wurde verstanden. Dagegen klagte Pat. über alle möglichen subjektiven Geräusche: diese seien wie dicht an der Muschel, als ob ein richtiger Schlag an das Trommelfell schlage, direkt auf dem Trommelfell; neulich habe sie auch ein Pfeifen gespürt, so daß nichts zu hören war; dies Pfeifen auf beiden Ohren werde immer häufiger in letzter Zeit, es fange mit einem Knall an, als ob jemand auf das Trommelfell schlage, dann komme das Pfeifen, manchmal furchtbar laut; beim Sprechen sei es ihr oft, als wenn das Ohr verstopft sei, sie höre trotzdem, was man sage, nur wenn sie mit ihren Gedanken wo anders sei, verstehe sie es nicht, nicht aber wegen schlechten Hörens.

Die Augenuntersuchung war zunächst unmöglich. Erst nach Wochen, als Pat. ruhiger geworden war, die Augen auch bei der Untersuchung einigermaßen öffnete und nicht sofort die Blickrichtung wechselte, gelang es, den Augenhintergrund flüchtig zu sehen und beiderseits eine deutliche Abgrenzung der Papille sowie normale Form und Farbe derselben festzustellen. Die Pupillen reagierten auf Licht, auch bei wechselnder Belichtung des andern Auges, und auf Nahesehen. Das Gesichtsfeld wurde wiederholt am Perimeter aufgenommen, und wenn Pat. auch namentlich anfangs schlecht fixierte und plötzlich das Auge bewegte, so gelang es doch allmählich, gewisse Besonderheiten festzustellen. Vor allem eine erhebliche Einschränkung des Gesichtsfeldes beiderseits. Bei diesen Untersuchungen prüfte ich mit verschiedenen Farben, ohne dies der Pat. gegenüber zu erwähnen, die mir nur in den ersten Tagen u. a. auch von ihrer Farbenblindheit gesprochen hatte, aber ohne daß ich darauf eingegangen war. Die erste Prüfung am 11. und 12. 10. schien nun bestimmte, wenn auch geringe Unterschiede für die einzelnen Farben zu ergeben, indem die Grenzen, innerhalb deren die grüne Scheibe gesehen wurde, enger waren als die für Weiß, und die Grenzen für Blau und Rot sich im ganzen zwischen jenen hielten. Dies war keineswegs ausnahmlos, aber die Unstimmigkeiten konnten wohl durch Augenbewegungen der Pat. erklärt werden, um so mehr, als eine Grenzbestimmung für Blau und Weiß auf dem rechten Auge gerade in den blinden Fleck fiel. Spätere Prüfungen am 16., 19. und 22. 10. ergaben dann wieder eine starke Einschränkung des Gesichtsfeldes, aber stets in verschiedener Ausdehnung (5—12°, die geringste Ausdehnung nach oben, die größte im horizontalen Durchmesser), und für die einzelnen Farben ebenfalls ganz verschiedene Verhältnisse, obwohl ich jetzt bei allen zweifelhaften Ergebnissen mehrmals hintereinander prüfte und immer wieder an die Fixation erinnerte. Objektiv die Fixation festzustellen war nicht möglich, da Pat. die Augen nicht genügend weit öffnete und die Ver-

suche bei nicht zu großer Helligkeit und so angestellt werden mußten, daß Pat. vom Fenster fortsah, da sie sonst über Blendung klagte.

Außer am Perimeter ward das Gesichtsfeld auch an ebener Tafel geprüft, und zwar in zwei verschiedenen Abständen vom Auge, einmal im gleichen Abstand wie am Perimeter, dann im dreifachen Abstand. Hier an der Tafel konnte Pat. die Striche, durch welche ich die Grenzen für die einzelnen Farben kenntlich machte, im Fortgang der Untersuchung sehen, falls sie die Blicke umherschweifen ließ. Die Grenzen für die einzelnen Farben fielen hier von Anfang an viel besser zusammen als am Perimeter, der der Pat. jene Kontrolle verwehrte. Aber weder stimmte das am Perimeter gewonnene Gesichtsfeld mit dem soeben in gleicher Entfernung an der Tafel bestimmten überein, noch ergaben sich konstante Verhältnisse zwischen ihnen. Ebensowenig waren konstante Verhältnisse zwischen den an der Tafel in verschiedenen Abständen gewonnenen Befunden zu erkennen, im besonderen waren die Gesichtsfelder bei dreifachem Abstand weder dreimal so groß noch ebenso groß wie bei einfachem Abstand, sondern hielten sich zwischen diesen beiden Grenzen, von beiden aber deutlich entfernt. Als das Gesichtsfeld, nachdem es zuerst in dreifacher Entfernung auf der Tafel aufgenommen war, sodann auf unveränderter Tafel im Perimeterabstand aufgenommen wurde, äußerte Pat. ihre Verwunderung darüber, daß sie jetzt nicht so weit seitwärts sehen könne wie früher; sie könne jetzt, wo sie so viel näher sitze, deutlicher und richtiger wahrnehmen, vorher hätten wohl Fehler mitgespielt.

Am nächsten Tage sagte ich der Pat., ich müßte die Augen nochmals auf Farbensehen prüfen, da sie bei der Untersuchung des Gesichtsfeldes entschieden Unterschiede nach den Farben gemacht habe. Sie erwiderte, sie habe überhaupt nicht gewußt, daß ich mit verschiedenen Farben geprüft habe, sie habe immer nur eine, immer dieselbe Farbe zu sehen geglaubt, „haben Sie denn wirklich verschiedene Farben genommen?“ Pat. erzählte dann, daß sie ihren Sohn beinahe mit Grünspan vergiftet habe, weil sie beim Kochen diesen nicht habe erkennen können. Auf meine Bemerkung, es scheine mir, daß sie die Farben in größerer Entfernung eher unterscheide als in geringerer, antwortete sie, das müsse Zufall sein, sie habe gestern während der Probe überhaupt so viel Flimmern auf den Augen gehabt, sie müsse sich versehen haben, sie könne weder nah noch fern Farben erkennen. Als ihr nun die farbigen Scheiben, die zur Prüfung benutzt wurden, vorgezeigt wurden, wies sie auf die weiße: „Das ist wohl weiß; d. h. ich kann es nicht unterscheiden, ich denke mir es nur.“ Die andern Farben bezeichnete sie als ganz gleich. Als ihr jedoch vorgehalten wurde, daß sie sie bei der Gesichtsfeldbestimmung verschieden behandelt habe, meinte sie: dann müsse sie dunklere und hellere unterschieden haben, sie wisse es nicht, und unterschied nun, nicht nach der Farbe, sondern nur nach der Helligkeit Gelb, Rot, Blau und Grün in der Nähe. In 90 cm Abstand erschien ihr dann Weiß anders als die übrigen Scheiben, die andern einander

gleich; auf Einspruch bezeichnete sie Rot als dunkler wie Blau, aber Grün und Gelb gleich Rot. In 30 cm Abstand wurde dann Rot der Helligkeit nach gleich Blau gesetzt und auch zwischen den andern Farben (Weiß ausgenommen) kein Helligkeitsunterschied gefunden.

Am 22. 10. wurde vormittags nochmals das Gesichtsfeld an der Tafel in beiden Entfernungen geprüft. Das Ergebnis war überraschend. Nicht nur waren jetzt die Unterschiede für die einzelnen Farben nahezu ausgeglichen, sondern in beiden Entfernungen wurden zuletzt fast gleiche Grenzen angegeben, d. h. das Gesichtsfeld hatte in beiden Entfernungen dieselbe Ausdehnung, es vergrößerte sich nicht mit wachsendem Abstand vom Auge. Pat. blieb während der 1¼stündigen Prüfung sehr aufmerksam. Mehrmals schien sie unsicher und erklärte, sie sehe nicht recht, sobald dann aber gewartet oder abgebrochen werden sollte, meinte sie: ach nein, es gehe schon. In der zweiten Hälfte der Untersuchung hatte Pat. rote und heiße Backen, aber die Angaben, die zuerst unsicher schienen und nicht genau die gleiche Grenze für verschiedene Farben einhielten, wurden immer sicherer, und immer entschiedener kamen die gleichen Grenzen hervor.

Da mir dies Verhalten und dieser Befund sehr merkwürdig vorkamen, sagte ich der Pat., wir müßten die Prüfung am Nachmittag wiederholen, da die Ergebnisse jetzt zwar größtenteils stimmten, aber einzelne Unterschiede zwischen den Farben noch immer hervorträten. Ich benutzte nun nachmittags dieselbe Tafel, auf der die Grenzen vom Vormittag her noch aufgezeichnet standen, hatte aber vorher ohne Wissen der Pat. die Striche für die l. Seite des l. Auges um 1 cm hinausgerückt, dort aber genau so angekreidet wie vorher. Es fielen nun die Angaben genau den vorhandenen Kreidestrichen entsprechend aus, auch auf der l. Seite des l. Auges, und die Angaben für die verschiedenen Farben deckten sich fast vollkommen, noch erheblich besser wie am Vormittag. Dagegen fiel die gleich darauf vorgenommene Prüfung am Perimeter, wo Pat. keine Grenzstriche vor sich hatte, sowohl für die einzelnen Farben verschieden wie auch abweichend vom Befunde an der Tafel aus. Die ganze Prüfung am Nachmittag hatte eine Stunde gedauert, zuletzt war die Dämmerung hereingebrochen, Pat. blieb aber aufmerksam und erklärte bis zuletzt, die Scheiben noch deutlich zu sehen. Plötzlich gab sie an, daß sie manchmal allerdings flüchtig Farben sehen könne, so habe sie neulich Farben erkannt, als die Oberin bei ihr war, aber das sei immer nur ganz vorübergehend. Nach Angabe der Oberin hatte Pat. am 9. 10. einige Schlipse angesehen und, nachdem sie ihr erzählt, daß sie seit Jahren farbenblind sei, auf zwei Schlipse gezeigt und dabei gesagt: „Sehen Sie, ist das nun Rotbraun oder Grün? D. h. Sie könnten mir ebensogut sagen, daß das Grün ist"; „Ist das Blau? Na sehen Sie, das habe ich mal geraten". Rotbraun und Blau waren richtig gewesen.

Störungen der Auffassung und des Denkens wurden nicht gefunden, soweit nicht Mangel an Aufmerksamkeit mitwirkte. Im besonderen



fehlten Sinnestäuschungen und Wahnideen. Nur war Pat. stets von der Überzeugung beherrscht, schwer krank und leistungsunfähig zu sein, auch dann, wenn ihr wechselvolles Verhalten mit dieser Überzeugung nicht übereinstimmte. Widerspruchvoll waren die Ergebnisse betreffs **Merkfähigkeit** und **Gedächtnis**. Ich teile die Aufzeichnung einer Untersuchung vom 28. 9. mit:

1. Rechnen: „Ach, meine Erinnerung hat ja so gelitten, früher konnte ich so gut rechnen. [Auf Erinnerung kommt es hier nicht so an. Wieviel ist 28 + 67?] Ach, ich kann nicht denken. — 95. [Wieviel ist 97—39?] 39? 58 (20 Sek.). [16 × 8?] — Ich hab's ja, dann entflieht es immer wieder. 16 × 8, nicht? 128 (43 Sek.). [196 : 14?] Ach, das schaffe ich gar nicht mehr (lacht, dann ernst, Augen zu). — Ach, das Sprechen nebenan! (Nebenan in der Tat lebhaftes Sprechen.) — 14 (52 Sek.). [182 + 69?] 113? Ja. — Es war doch 189? (50 Sek.) [182 + 69?] — 113? — Ach, minus! Sie meinen plus! Ach, ich kann nicht denken. — 151 — 251" (2′ 42″).

2. Merkfähigkeitsprüfung nach *Vieregge*:

2. II b: *8* 54*1* *70*6 (statt 83 542 176).
3. III a: Nein, das kann ich nicht.
4. III a: 4*4*1 769.
5. III a: 39*5* 586.
6. II c: 4 217 695.
7. II c: Ich habe nicht aufgepaßt.
8. II c: 2 179 652. Mit tut der Kopf so weh.

Mit einer Minute Pause:

9. III a: — Ach, ich kann nicht mehr, ich weiß nicht mehr (25″) (seufzt mehrmals) — 239 53*0*. Das zuckt in mir so, hier im Kopf, das ist zu gräßlich.

10. II c: Ich weiß nicht die zweiten Stellen — 7 Millionen (sieht nach unten, schließt die Augen) — 7 Millionen 524, aber die Tausend weiß ich nicht, die 2. Stelle habe ich vergessen.

11. II c: 6 914 *4*85.

12. II c: Das weiß ich gar nicht mehr (nach 20″), ich weiß gar nichts mehr von der Zahl.

13. III a: (Schüttelt mehrfach den Kopf, seufzt) Ich kann nicht mehr denken. — 56*0* 146. Der Kopf tut so weh vom Nachdenken. So geht es mir ja auch beim Lesen. Ich muß so furchtbar aufpassen, und es geht einem doch sogleich weg. Hier (Stirn) das ist dann so benommen, daß ich es gar nicht fassen kann. Ich bin ja so — wenn bei uns etwas gekauft wird, und ich sage: wir werden 4 Pfund nehmen, und der Händler hat nur 2 Pfund, dann zahle ich doch richtig 4 Pfund ...

14. III a: 823 942.

Mit einer Minute Pause bei Unterhaltung:

15. III b: *749* ... aber weiß ich nichts mehr (statt 437 965); ich wußte es schon gleich nicht.



16. III c: (Erzählt, wie sie ihrem Jungen im Französischen geholfen.) Ich weiß die Zahl nicht mehr.

17. III c (vorher 1½ Min. Pause, weil ich hinausgerufen war): Ich weiß nicht. 5256. Jetzt bin ich wieder ein bißchen erholt.

18. III b: — 72 *700*, ja ich weiß 700, aber weiter weiß ich nicht.

19. III c: — Ach, ich weiß nicht, ich weiß nicht. —

Das Rechnen geht hiernach zwar langsam vor sich, die Ergebnisse sind aber teilweis sogleich richtig, teilweis werden sie von selbst richtiggestellt, auch, als Ablenkung durch lautes Gespräch nebenan nahegelegt ist. Es wirkt hindernd und verlangsamend offenbar mehr der Gedanke der Unfähigkeit zu Leistungen und zur Aufmerksamkeitanspannung als wirkliche Unfähigkeit. Dasselbe geht aus der Prüfung nach *Vieregge* hervor. Die Ergebnisse sind ganz verschieden. Pat. ist anfangs davon überzeugt, daß sie gar nichts kann, paßt auch nachher öfters nicht auf, aber, hiervon abgesehen, sind die Leistungen durchaus nicht gering, eine siebenstellige Zahl beim sofortigen Nachsprechen, eine sechsstellige beim Nachsprechen mit einer Minute Pause und eine vierstellige nach einer Minute, die mit ablenkender Unterhaltung ausgefüllt war, sind eine ganz gute Leistung der Merkfähigkeit. Zum gleichen Ergebnis führen die sonstigen Beobachtungen, die gelegentlich über die Fähigkeit der Pat. zur Aufmerksamkeit gemacht wurden. Ich erinnere an die zum Teil recht lange fortgesetzten Gesichtsfeldbestimmungen, bei denen Pat. wiederholt glaubte, sie könne nicht mehr, sobald ich aber sagte, wir würden gern warten, bis sie sich erholt habe, sofortigen Weitergang der Untersuchung vorzog und durchführte. Hier war der Wunsch, bald mit der unangenehmen Untersuchung fertig zu werden, mächtiger als der Gedanke der Leistungfähigkeit. Aber auch sonst trat immer wieder der große Unterschied zutage zwischen den wirklichen Leistungen und dem, was Pat. sich zutraute leisten zu können. So erklärte sie anfangs, überhaupt nicht nach oben sehen zu können, und wandte auf Aufforderung dazu den Blick erst nach unten, dann nach r. und l., brachte ihn aber trotz beständigen Umherzuckens nicht über die Horizontale. Als ich hierauf das untere Augenlid abhob, ging der Blick noch weiter nach unten und zuckte hier unregelmäßig umher, während das obere Augenlid sich immer tiefer schob. Als ich dies nun hochhob, zuckte der Blick hoch empor. Auf meine Bemerkung, daß es ja nun gehe, antwortete Pat. zwar: „Aber nur einen Moment“, das Aufwärtssehen ging jedoch von da an wesentlich besser, und nach wenigen Tagen sah Pat. ohne weiteres aufwärts, sobald sie nicht daran dachte, während der Gedanke an ihre Unfähigkeit dazu diese Unfähigkeit sofort herstellte. Ebenso glaubte Pat. nur ganz kurz gehen zu können, ging aber ohne Begleitung öfters über eine Stunde spazieren, wobei mehrmals durch eine Pflegerin, die ohne Wissen der Pat. sie beobachtete, festgestellt werden konnte, daß sie anscheinend ohne Schwierigkeit ging, ohne sich auszuruhen. Sie glaubte abends nicht ausgehen zu können, sie ging aber wiederholt noch in später



Dämmerung spazieren, war abends im Dorfe zu einer Aufführung und kam erst im Dunkeln zurück, ging auch nach Geselligkeiten im Haupthaus der Anstalt ohne Schwierigkeit abends in ihre Villa zurück. Einmal ließ ich abends, als Pat. im Bade war, das Licht auf dem Flur und in ihrem Zimmer ausdrehen; sie ging in der Dunkelheit ohne Schwierigkeit durch den Flur auf ihr Zimmer, versuchte hier erst am falschen Ort das Licht anzudrehen, sagte leise: „Ach so, das geht ja hier nicht", ging dann zur richtigen Stelle und machte Licht. Pat. glaubte Treppen kaum steigen zu können und konnte in der Tat beim Versuch, den Fuß zu heben, diesen kaum so hoch bringen, wie zum Treppensteigen erforderlich ist, ging auch, wenn sie die Treppe zum Untersuchungszimmer hinaufstieg, in größter Langsamkeit hinauf und hinunter, stieg dagegen z. B. einmal mit mir, als ich sie vom Spaziergang in das Haus holte, die Stufen zur Veranda wie jede andere hinauf. Sie glaubte nur einsame Wege gehen zu können, wo sie niemand treffe, und doch traf ich sie gleich am zweiten Tage am Eingang des Parkes mitten zwischen Hausmädchen und Handwerkern stehend; sie erschrak allerdings bei meinem Anblick sehr und eilte nun unter starkem Zucken im Gesicht zurück. Sie glaubte keine Nadel halten zu können, trennte aber ein Kleidungsstück auf und nähte es wieder zusammen, auch hierbei anscheinend erschrocken, als sie überrascht wurde, und nun ihre Unfähigkeit lebhaft zeigend und sich gewissermaßen wegen ihrer Leistung entschuldigend.

Umgekehrt war das Zittern der Hände, das Zucken im Gesicht und in den Extremitäten oft deutlich von der Aufmerksamkeit abhängig; war diese abgelenkt, so fehlten diese Erscheinungen, und Pat. konnte dann verrichten, was unmöglich schien, solange Pat. an das Zittern dachte.

Das Gefühl war in doppelter Hinsicht verändert. In geringerem Maße durch Angst, über die Pat. zwar oft sehr klagte, und die sie lebhaft schilderte, die aber nie in erheblichem Grade beobachtet wurde; stärker durch leichte Ansprechbarkeit des Gefühls, die zweifellos bestand und sich teils in raschem Stimmungwechsel, teils in Ärger, Unwillen, Heftigkeit äußerte, wobei diese Gefühle weit über das gewöhnliche Maß hinausgingen, im allgemeinen aber auch rasch wieder abklangen.

In ähnlicher Weise vielfach wechselnd, rasch aufflackernd und rasch vergehend, verhielten sich im allgemeinen auch die Wünsche und der Wille. Was Pat. jetzt wünschte, wünschte sie kurz darauf oft nicht mehr, was sie eben beschlossen hatte, warf sie oft gleich darauf wieder um. So kam es einerseits zu bisweilen starker Unentschlossenheit, andrerseits trug diese Unstetigkeit der Wünsche wesentlich bei zu der plötzlich kommenden und gehenden Abhängigkeit des Verhaltens von bestimmten Vorstellungen und damit zu der starken Ungleichmäßigkeit der Leistungen. Der Wunsch, spazieren zu gehen, einen Vortrag, einen Musikabend mitzumachen usw., gab plötzlich auch die Kraft dazu, indem die Vorstellung des Nichtkönnens beiseite gedrängt wurde; ebenso rasch konnte dann aber





auch wieder der Wunsch, nicht für leistungfähiger angesehen zu werden, als der eigenen Grundansicht entsprach, das Bild verändern, besonders wenn der Gedanke, beobachtet zu werden, diese Grundansicht lebhafter hervortreten ließ.

Hier komme ich auf die Frage der Simulation, deren Annahme eine ganze Reihe von Widersprüchen im Verhalten der Pat. und in den Krankheiterscheinungen am einfachsten aufklären würde. An eine zielbewußte, dauernd gewollte Simulation ist freilich nicht zu denken. Läge sie vor, so hätte Pat. die zahlreichen Widersprüche zwischen ihren Angaben und Leistungen zweifellos zu einem guten Teile vermieden. Sie würde sich z. B. nicht das Haar gemacht haben, nachdem sie erklärt, dazu nicht imstande zu sein, auf die Gefahr hin, eine Zeitlang mit ungeordnetem Haar umherzugehen; sie würde bei der Untersuchung nicht die Muskelschwäche in der Weise übertrieben haben, daß danach überhaupt ein zweckmäßiger Gebrauch der Glieder unmöglich erschien, oder aber sie würde auf selbständiges Gehen, Essen, Anziehen usw. verzichtet haben. Denn daß sie sich in vielen Fällen über diesen Widerspruch klar war, ging aus ihrem Verhalten unzweideutig hervor. So trat mehrfach beim Essen und Anziehen, sobald Pat. sich beobachtet wußte, starkes Zittern des Armes auf, aber es verging wieder, als anscheinend nicht darauf geachtet wurde, und Pat. setzte, wenn sie selbst darauf aufmerksam gemacht hatte, bald die begonnene Verrichtung fort. Sie verlangte Nähnadeln und Ösen, bestellte sie dann aber wieder ab, weil sie ja doch nicht nähen könne, war später sehr betroffen, als sie bei Auftrennung ihres Mantels und weiterhin beim Nähen überrascht wurde, und klagte mir am nächsten Tage, sie habe beim Nähen alles doppelt gesehen und sich furchtbar dabei aufgeregt, sei heute noch ganz kraftlos und könne nichts, erklärte sich aber gleich darauf zur Untersuchung am Perimeter bereit. Ich erinnere auch an ihre Klage über Farbenblindheit und die gelegentlich damit in Widerspruch stehenden Angaben. Für einen gesunden und schon längere Zeit eingeübten Menschen, der auf dies Ziel eingestellt ist, wäre es an sich nicht so schwer gewesen, derartige Entgleisungen zu unterlassen. Pat. benannte einzelne Farben aber richtig, nachdem sie eben ihre Farbenblindheit hervorgehoben. Eine dauernde Simulation wäre der Pat. allerdings auch gar nicht möglich gewesen, weil die Stimmung und damit auch die herrschenden Vorstellungen zu leicht wechselten, als daß sie dauernd ein festes Ziel hätte verfolgen können. Muß ich also eine dauernde überlegte Simulation ausschließen, so trat doch sehr deutlich eine große Neigung zur Übertreibung der Klagen hervor, die sich nicht nur auf die Stärke, sondern auch auf die Dauer der Beschwerden erstreckte. Die furchtbaren und unerträglichen Schmerzen, die stets da sein sollten, hinderten Pat. nicht, zeitweise ganz behaglich und auch vergnügt zu sein. Sie erklärte, beständiges Flimmern vor den Auge zu haben und gar nicht lesen und kaum schreiben zu können, las aber zu andern Zeiten und schrieb eine Reihe von Briefen und Karten,



ohne daß die Handschrift irgendwie beeinträchtigt gewesen wäre, ja sie bestellte sich sogar die heimische Zeitung, die sie dann auch regelmäßig las. Sie klagte, daß plötzlich auf den leisesten Anlaß und auch ohne solchen Schwindel und Angst aufträten, aber sie ging trotzdem auf eigenen Wunsch allein ins Freie, auch in der Abenddämmerung, ohne daß die nach den Klagen zu erwartenden Zufälle auftraten. Sie gab an, stets nur in der Einsamkeit sich wohl zu fühlen und Menschen nicht ertragen zu können, und kam zuerst in der Tat nur zögernd der Aufforderung nach, mit andern zusammenzukommen, später aber klagte sie, als sie einmal (auf eigenen Wunsch) während der Stunde badete, wo vorgelesen wurde: es sei ihr so schwer, ohne die Lesestunde auszukommen, jede Zerstreuung fehle; ein anderes Mal wünschte sie ins Dorf zu gehen, und gelegentlich ertrug sie auch Menschenmengen ohne Schwierigkeit. Aber sie zeigte auch, daß sie sich des Widerspruchs bewußt war: als auf einem Vortragabend musiziert wurde, holte sie ihr Taschentuch hervor, wischte sich auffällig die Augen und äußerte auf die Frage der Oberin: »Also Sie merken doch auch, daß es mir zu viel ist; diese großen Geselligkeiten sind für mich doch nichts«, dann aber war die Sache abgetan und sie blieb ohne Schwierigkeit bis zu Ende. Auch die in ihren Grenzen wechselnde Unempfindlichkeit der Haut und der Finger- und Zehengelenke möchte ich unter diese Übertreibungen rechnen, wenn es auch zunächst naheliegt, hier an bloße Simulation zu denken. Wenn Pat. sogar starke mechanische Reize an der großen Zehe angeblich gar nicht empfand und ebensowenig Wärme und Kälte, dann aber leise Berührungen mit dem warmen oder kalten Glase mit »ich weiß nicht« (ob kalt oder warm) beantwortete, also doch die Berührung selbst empfinden mußte, so könnte dieser Widerspruch so gedeutet werden, daß Pat. am großen Zeh schwächer und anders empfand und bei der Prüfung mit Nadel und Pinsel nur stark übertrieb, aber diese Übertreibung wäre so stark, daß sie sich der reinen Simulation näherte. Das gleiche gilt für die Beobachtung, daß Stiche am Fuße nicht nur Bewegungen im Fußgelenk, dessen Bewegungen Pat. sonst empfand, sondern einmal sogar Rötung des Gesichts hervorriefen, ohne daß Pat. ihrer Angabe nach irgend etwas fühlte. Damit stimmt weiter überein, daß Pat. Pinselstriche auf angeblich empfindungslosen Hautstellen auch dann als nicht empfunden angab, wenn sie auf der empfindlichen Nachbarschaft begonnen hatten, und daß die Grenzen der unempfindlichen Stellen ungewöhnlich und unregelmäßig wechselten. Dagegen spricht der letztgenannte Wechsel der Empfindlichkeit an derselben Hautstelle, der sich in gleicher Weise auch bei der Gelenkempfindlichkeit zeigte, gegen überlegte Simulation und ebenso gegen überlegte Übertreibung. Hätte Pat. eine solche durchführen wollen, so hätte sie, wie an den Beinen die Empfindung von Gelenk zu Gelenk abnahm, so die Zehen alle oder den großen Zeh von einem bestimmten Gelenk ab als empfindungslos hinstellen können und es dann nicht schwer gehabt, dabei zu bleiben. Daß sie das nicht tat, daß vielmehr darin



ein häufiger und unregelmäßiger Wechsel zutage trat, beweist, daß die zweifellos vorhandene Übertreibung nicht vorher beabsichtigt war und nicht aus einem dauernden Willen zur Simulation hervorging, sondern planlos Augenblicksregungen entsprang. Den gleichen Eindruck machten die plötzlich einsetzenden und allmählich abnehmenden Zitter- und Wackelbewegungen und Richtungsänderungen bei der Prüfung der Bewegungen. Überall gewissermaßen ein Nachhelfen, weil die Erscheinung, die Pat. ihrer Überzeugung nach eigentlich bieten muß, gerade dann ausbleibt, wenn es darauf ankommt, sie zu zeigen. Pat. übertreibt, weil sie ihre Überzeugung, schwer krank zu sein, auch dem untersuchenden Arzte aufdrängen will, aber sie legt keinen Wert darauf, daß ihre Angaben zueinander stimmen, ihre Krankheit muß sich ihrer Überzeugung nach ja doch herausstellen. Es handelt sich also auch hier um ein unüberlegtes, sprunghaftes Wollen. Die Farbenblindheit wäre nach dieser Voraussetzung aus der Übertreibung wirklich undeutlicher oder vorübergehend aufgehobener Farbenunterscheidung hervorgegangen; diese hätte die Vorstellung völliger Farbenblindheit erzeugt, die nun ihrerseits wiederum auf die Farbenauffassung erschwerend einwirkte; da Pat. nun einerseits mindestens zeitweise Farben unterschied, wenn auch wohl in wechselnder Deutlichkeit, andrerseits sich ihrer Farbenblindheit bewußt war, kam sie dazu, diese als dauernd und völlig auszugeben, also zu übertreiben, ohne aber sich ängstlich hieran zu halten.

Am meisten scheinen gegen die hier vertretene Auffassung und für reine Simulation die Ergebnisse der Gesichtsfelduntersuchung zu sprechen. Die Prüfung am Perimeter [= I], an der ebenen Tafel in Perimeterabstand [= II] und an der ebenen Tafel in dreifachem Perimeterabstand [= III] lieferten ganz verschiedene Bilder. Daß die Angaben bei I für die verschiedenen Farben verschieden, bei II und III von Anfang an viel ähnlicher, zuletzt für die verschiedenen Farben fast gleich ausfielen, hängt offenbar damit zusammen, daß Pat. bei I die vorher erhaltenen Ergebnisse nicht sehen konnte, während sie das bei II und III, sicher wenigstens mit Hilfe leichter Augenbewegungen, sehr wohl vermochte. Bei II und III kann also das Bestreben der Pat., ihre Farbenblindheit zu erweisen, oder die durch die aufgezeichneten Striche hervorgerufene Vorstellung, bis zu diesen Strichen hin sehen zu können, oder aber beides zusammen die Übereinstimmung der Grenzen des Gesichtsfeldes für die verschiedenen Farben bewirkt haben. Dagegen finde ich für den zum Teil erheblichen Unterschied der Gesichtsfeldgrenzen für die einzelnen Farben bei I — der weder auf Unaufmerksamkeit zurückzuführen ist, da Pat. sich wirklich Mühe zu geben schien, noch auf zunehmende Ermüdung, die eine fortschreitende Einengung des Gesichtsfeldes bewirkt hätte — allein die Erklärung, daß Pat. hier übertrieben hat: sie wollte die bestehende, schon früher, z. B. von Dr. *S.*, festgestellte und daher der Pat. bekannte Einschränkung des Gesichtsfeldes mir deutlich machen und schätzte daher



nur ab, wie weit sie glaubte sehen zu dürfen. Zugunsten dieser Annahme sprechen drei weitere Befunde, einmal die Verschiedenheit der Größe des Gesichtsfeldes zwischen I und II, wo eine Abschätzung infolge des Fehlens von Anhaltpunkten verschieden ausfallen mußte, zweitens die zunehmende Gleichheit der Gesichtsfelder zwischen II und III, wo jene Abschätzung infolge der hier vorhandenen Anhaltpunkte gleich ausfallen konnte, und drittens die Anpassung der Gesichtsfelder an die von mir insgeheim vorgenommene Verschiebung der Grenze im Versuch vom 22. Okt. (S. 142). In diesem Falle könnte freilich auch der suggestive Einfluß der aufgezeichneten Striche die Angaben beeinflußt haben. Am meisten Gewicht lege ich auf den zweiten Punkt. Bei der ersten Prüfung, die eine nicht der Norm entsprechende, aber doch immerhin erhebliche Verkleinerung des Gesichtsfeldes mit der Abnahme der Entfernung ergab, hatte Pat. dies selbst wahrgenommen und sich darüber gewundert (S. 141), bei späterer Wiederholung war das Gesichtsfeld bei beiden Entfernungen gleich. Dies läßt kaum einen andern Schluß zu als den, daß Pat. die Grenzen willkürlich festsetzte. Freilich kann es sich auch hier nicht um überlegte Simulation handeln, denn dabei würde Pat. einen so sichtlichen Widerspruch mit ihren früheren Angaben und Nebenbemerkungen leicht vermieden haben, sondern es kann wieder nur das unüberlegte, sprunghafte Wollen in Frage kommen, das schon bei früheren Gelegenheiten hervorgetreten war, und als Motiv dazu sehe ich in diesem Falle den Wunsch an, möglichst bald von den lästigen, unbequemen Untersuchungen befreit zu werden. Pat. hatte von mir gehört, daß die Verschiedenartigkeit der Ergebnisse eine neue Untersuchung erforderlich gemacht habe, und so benutzte sie denn als Mittel, um bald von all dem loszukommen, die willkürliche Gleichmachung der bei der früheren Prüfung verschiedenen Angaben. Die Richtigkeit dieser Annahme wird dadurch bestätigt, daß die Verwunderung der Pat. bei der ersten Untersuchung über die Verschiedenheit der Ergebnisse in verschiedener Entfernung unverständlich wäre, wenn sie bei der Prüfung in geringerer Entfernung die Striche hätte wahrnehmen können, durch welche das Gesichtsfeld bei größerem Abstand festgelegt worden war. Bei normaler Größe des Gesichtsfeldes hätte sie auch in der geringeren Entfernung jene Striche sehen müssen und hätte zu jener Verwunderung gar keinen Anlaß gehabt; hatte sie aber bei deren Festlegung schon eine bestehende Verengerung des Gesichtsfeldes übertrieben, so konnte die Überraschung darüber, daß sie jetzt die Striche nicht wahrnahm, und die Genugtuung, auf so unerwartete Weise die Einengung des Gesichtsfeldes stärker zu finden, als sie selbst geglaubt, sich nicht gut in natürlicherer Weise äußern, als durch ihre oben wiedergegebene Bemerkung. Zugleich stimmt, wenn man bewußte Übertreibung annimmt, die Größe des wirklichen Gesichtsfeldes besser mit der Angabe von Dr. *S.* überein, der dasselbe — allerdings nur ganz ungefähr — auf etwa zur Hälfte verkleinert geschätzt hatte (s. S. 155), während ich eine viel größere Einengung fand.



Ich komme also zum Schlusse, daß gerade auch die Ergebnisse der Gesichtsfelduntersuchung der Annahme bloßer Simulation nicht günstig sind und dafür sprechen, daß Pat. wohl übertrieb, aber doch nur einen wirklich vorhandenen Mangel deutlicher machen wollte, und daß sie nachher aus Ungeduld und in dem Wunsche, bald die Unannehmlichkeit der Untersuchung hinter sich zu haben, das angab, was sie als von mir gewünscht betrachtete.

So ergibt das Eingehen auf die Frage der Simulation nicht nur die Gewißheit, daß Pat. krank ist und aus krankhaften Motiven übertreibt, sondern weist auch zwei feste Punkte inmitten ihrer wechselnden Krankheiterscheinungen auf: die abnorm leichte Erregbarkeit des Gefühls und Willens und die herrschende Stellung der Überzeugung, schwer krank zu sein.

Aus diesen zwei Wurzeln erwächst eine große Zahl von Einzelerscheinungen, denen wir an der Pat. begegnet sind: der große Wechsel der Affekte, der Stimmung, der Aufmerksamkeit, des Handelns, das Vorherrschen der Unlustgefühle, die aber plötzlich von Heiterkeit unterbrochen werden konnten, die Unfähigkeit, etwas Gewolltes nun auch dauernd durchzuführen, die bisweilen große Ablenkbarkeit, der Gedanke, zu allen Leistungen unfähig zu sein, und daher das gewöhnliche Nichtstun, auch dies plötzlich unterbrochen von eifriger, aber kurzer Tätigkeit, die von der Pat. als mit ihrer Krankheit eigentlich nicht vereinbar empfunden und deshalb möglichst verheimlicht wurde, endlich die Neigung zu Übertreibungen, die sich leicht herausbildet, wenn jemand seine Krankheit, die er als schwere Last empfindet, von andern nicht recht anerkannt glaubt und nun den Beweis der Krankheit recht augenfällig zu erbringen sucht.

Aber andere, ebenso auffallende Krankheitzüge lassen sich aus jenen beiden Wurzeln nicht ableiten, nämlich zunächst alle oben beschriebenen, infolge der Übertreibung ungleichmäßigen und nach Grad und Umfang nicht genau zu bestimmenden, daher anfechtbar erscheinenden Bewegung- und Empfindungstörungen: Zittern und krampfartige Erscheinungen, Muskelschwäche, Abschwächung der Haut- und Gelenkempfindungen, Schmerzen und Abnahme der Schmerzempfindlichkeit an bestimmten Stellen, subjektive Geräusche und Gesichtserscheinungen, Einengung des Gesichtsfeldes, völlige oder beschränkte oder wechselnde Farbenblindheit; dazu die Reizbarkeit des Blutgefäßsystems, die sich im Nachröten, der Leichtigkeit der Pulsvermehrung und der plötzlich wechselnden Blutfülle des Gesichts zeigte; endlich die Abhängigkeit der Leistungen von gefühlsbetonten Vorstellungen, die den großen Wechsel im Können der Pat. erzeugte, je nachdem die stark gefühlsbetonte Vorstellung der Krankheit und der Leistungsunfähigkeit oder aber ein damit in Widerspruch stehender, lebhaft aufsteigender Wunsch das Handeln der Pat. bestimmte.

Alle genannten Erscheinungen lassen sich nun der Hysterie unterordnen, und es wird daher Hysterie festzustellen sein, wenn es sich in diesem



Falle überhaupt um eine funktionelle Nervenerkrankung allein handelt, d. h. um eine Erkrankung, bei der nur die Nerventätigkeit, nicht das Nervengewebe selbst verändert gefunden wird. Zur Annahme einer Schädigung des Nervengewebes könnten vielleicht die Störungen der Empfindung und des Sehens führen. Aber die Grenzen der Empfindungsstörungen entsprechen weder der Verteilung der Empfindungsnerven noch dem Bilde, das bei einer Schädigung des Gewebes im Rückenmark oder Gehirn zu erwarten ist, sondern durchaus einem solchen, wie es funktionelle Nervenerkrankungen hervorzubringen pflegen, und selbst wenn wir eine weitgehende Empfindunglosigkeit der Haut an den Extremitätenenden und der Gelenke an Fingern und Füßen annehmen — eine sichere Entscheidung ist bei der Übertreibung der Pat. nicht möglich —, so beweist doch die Möglichkeit, durch einen Stich in die empfindunglose Zehe Bewegungen im Fußgelenk und Rötung des Gesichts hervorzurufen, im Verein mit der Fähigkeit der Pat., bei geschlossenen Augen und aneinandergestellten Füßen ohne Schwanken zu stehen, daß die Nervenbahn vom Fuß zum Zentralnervensystem und wieder zurück frei ist, und die Fähigkeit, zweckmäßige Bewegungen auszuführen, die nicht ohne Mitwirkung der anscheinend geschädigten Empfindungsnervenbahn möglich sind, daß auch im Großhirn die Leitung von der Empfindungsnervenbahn auf die Bewegungsnervenbahn nicht unterbrochen ist. D. h., die Haut- und Gelenkreize dringen zwar nicht mit voller Wirkung bis zu den Stellen der Großhirnrinde vor, deren Erregung für die Empfindung jener Reize notwendig ist, aber doch so weit, daß zweckmäßige Bewegung, welche ohne die der Empfindung entsprechenden Hirnrindenerregungen nicht stattfinden könnte, dadurch ermöglicht wird. Auch die Art der Sehstörungen macht die Annahme, daß hinter ihnen eine organische Nervenkrankheit verborgen sei, sehr unwahrscheinlich; in Verbindung mit den eben erwähnten Störungen der Empfindung macht sie die rein funktionelle Nervenkrankheit Hysterie fast gewiß. Andere Hinweise auf eine organische Nervenkrankheit fehlen aber. Wir werden also nur zu sehen haben, ob eine Erkrankung anderer Organe in Frage kommt.

Da bietet sich nur eine Möglichkeit, nämlich die, von der Vergrößerung der Schilddrüse auszugehen und sie mit der häufigen Beschleunigung des Pulses, dem Nachröten der Haut und der allgemeinen Nervosität zum Bilde der unvollständigen *Basedow*schen Krankheit zusammenzufassen. Diese Möglichkeit hat deshalb etwas Bestechendes, weil in der Vergrößerung der Schilddrüse, der Steigerung der Pulszahl und dem Nachröten objektive Krankheitzeichen gegeben sind, während man das große Heer der übrigen Erscheinungen nur dann genau feststellen kann, wenn Pat. der Prüfung guten Willen entgegenbringt. Und da die seelischen Eigentümlichkeiten der Pat. nur durch längere Beobachtung zu erfassen sind, ist es natürlich, daß jemand, der Pat. nur einmal zu untersuchen Gelegenheit hatte, wie Dr. *Y.* (S. 154), der Annahme unvollständiger



*Basedow*scher Krankheit zuneigt. Gegen diese Annahme spricht m. E.

1. die Geringfügigkeit der Vergrößerung der Schilddrüse. Vergrößerungen geringen Grades finden sich nicht so selten auch bei funktionellen Nervenerkrankungen und können zu verschiedenen Zeiten verschieden stark sein. Ich halte es daher für sehr wahrscheinlich, daß die Verschiedenheit der Befunde der einzelnen Gutachter sich hieraus erklärt, und daß im November 1909 (Untersuchung durch Dr. *W.* [S. 154]) und im April 1910 (Untersuchung durch Dr. *Y.* [S. 154]) die Vergrößerung erheblicher war als im Januar 1912 (Untersuchung durch Dr. *S.* [S. 155]) und im September/Oktober 1912 (Untersuchung durch mich).

2. Die Nichtbeteiligung der Augen und des Herzens. Wer Pat. nur einmal untersucht und daher die Häufigkeit des Herzschlags nur aus der Zeit der Erregung kennt, wird die Herztätigkeit leicht als dauernd gesteigert ansehen, während längere Beobachtung ergibt, daß eine Pulszahl von 72—88 Schlägen das Gewöhnliche ist und nur sehr leicht auf Grund auch leichtester Erregungen überschritten wird. Selbst wenn Pat. an das Pulszählen desselben Beobachters gewöhnt ist, pflegt zu Beginn des Zählens die Pulszahl größer als später zu sein. Die Beschleunigung der Herztätigkeit braucht also nicht mit der Schilddrüse zusammenhängen, sondern es genügt zu ihrer Erklärung der labile Gemütszustand der Pat. Da zurzeit auch die früher einmal gefundene Zitterbewegung des Auges nicht mehr vorhanden ist, glaube ich, daß jetzt der Befund an Augen und Herz gegen *Basedow*sche Krankheit spricht.

3. Die nervösen Erscheinungen, die eine längere Beobachtung der Pat. erkennen läßt, entsprechen durchaus dem Bilde der Hysterie, und nur manche davon, wie Erscheinungen an den Gefäßen und die gemütliche Erregbarkeit, können ungezwungen auch von *Basedow*scher Krankheit abgeleitet werden.

Da hiernach die Annahme der *Basedow*schen Krankheit nicht notwendig ist und nur einen Teil der Krankheiterscheinungen erklären würde, glaube ich sie ablehnen und mich auf die Feststellung einer Hysterie beschränken zu müssen, die alle Erscheinungen ohne weiteres deckt.

Ich komme jetzt zur Beantwortung der mir vom Gericht gestellten Frage, „ob die Ehefrau des Klägers — Frau X — sich seit dem 26. September 1908 und infolge des damals erlittenen Unfalls in einem Zustande dauernder, nicht wohl auszugleichender Gesundheitstörung befindet, bei dem Anwendung regelmäßiger Stärkungsmittel, Antritt jährlicher Erholungsreisen und fortgesetzte ärztliche sowie sonstige Heilbehandlung (Massieren) nötig ist, und bei dem die Ehefrau des Klägers eine geregelte Tätigkeit im Haushalt und die Besorgung ihrer Wirtschaftsgeschäfte nicht wahrnehmen kann, ob sogar eine dauernde Unterbringung in einem Sanatorium sich als nötig herausstellen kann (Behauptung des Klägers), oder ob das Leiden der Ehefrau des Klägers vorübergehender, nicht schwerwiegender Natur ist und die in der Klageschrift geschilderten



Aufwendungen nicht nötig macht, sowie ob die Ehefrau des Klägers bereits vor dem Unfall kränklich oder in einem Zustande war, daß ein Teil der angeblichen Aufwendungen schon durch ihren sonstigen Gesundheitzustand unabhängig von dem Unfall vom 26. September 1908 und seine Folgen geboten war (Behauptung des Beklagten)".

Ich bespreche zunächst die Beziehungen zwischen dem Unfall und der Erkrankung der Frau X.

Dafür, daß der Unfall durch innere Verletzung, Erschütterung oder dergleichen unmittelbar geschädigt hätte, liegt gar kein Anhalt vor, da die Ohnmacht der Pat. nach deren eigener Darstellung nicht die Folge, sondern der Anlaß ihres Niederstürzens war, und da sich alle Erscheinungen durch die psychische Wirkung allein erklären. Somit ist die mit dem Unfall verbundene Gemütsbewegung, hauptsächlich Schreck und Ekel, allein für die Wirkung auf Pat. verantwortlich zu machen. Daß diese Wirkung eine so starke und langdauernde war, wird dadurch verständlich, daß sie eine bereits nervenkranke Person betraf.

Daß Frau X. in der Tat bereits vor dem Unfall nervenkrank war, geht aus der Aussage des Dr. *T.* hervor, der Pat. seit 1907 an einem Kehlkopf- und Lungenkatarrh behandelt, aber auch schon früher gekannt hat. Nach ihm ist Pat. nervös belastet, ihre Schwester nervös; Pat. selbst klagte regelmäßig über Schlaflosigkeit und Herzklopfen, hatte damals bereits eine leicht vergrößerte Schilddrüse und klagte auch nach der Heilung des Katarrhs — aber vor dem Unfall — über ihre Nervosität. Hiernach bestand schon vor dem Anfall ausgesprochene Nervosität, nicht etwa bloß Anlage zu solcher.

Die Erscheinungen einer Erkrankung durch Schreck können sehr verschiedenartig sein, sie werden eben im wesentlichen durch die Eigenart der infolge des Schrecks erkrankten Person bestimmt. Finden wir daher jetzt eine ausgeprägte Hysterie bei Frau X., so können wir mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß auch die Nervenkrankheit, an der sie vor dem Unfall litt, Hysterie gewesen sei, daß also durch den Unfall nicht eine neue Erkrankung hervorgerufen, sondern die schon vorher bestehende Hysterie verschlimmert worden ist. Daß diese Verschlimmerung erheblich war und bis jetzt fortbestanden hat, geht aus allen Berichten hervor. Dr. *T.* bezeugt, daß Pat. am 29. September 1908 — also 3 Tage nach dem Unfall — über sehr heftiges Herzklopfen, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit in einem Maße klagte, wie sie früher nie daran gelitten hätte. Ihm fiel das gegen sonst aufgeregte Wesen und die hohe Pulsfrequenz von 130 Schlägen in der Minute auf. Am 22. Oktober 1908 stellte sich Pat. von neuem vor und gab ferner an, daß sie neben den vorher erwähnten Beschwerden über Steiß-, Rückenschmerzen, Ekelgefühl und Verstärkung ihrer Halsschmerzen klage. — Dr. *B.*, der Pat. vor und nach dem Unfall bis Januar 1910 behandelt hat, schildert die Wirkung dahin, daß Pat. infolge Zerrüttung des Nervensystems lange Zeit das Bett hüten mußte; die Krankheiterscheinun-



gen bestanden in starken Kopfschmerzen, in Schlaflosigkeit, nervöser Erregbarkeit bei den kleinsten Anlässen, die sich bis zu Schwindelanfällen steigerte, starken Herzklopfanfällen mit Todesangst; zeitweise zeigte sich vollständige Apathie gegen alle Vorgänge und vollständige Lähmung in allen Gliedern, die sie tagelang ans Bett fesselte; erst nach mehreren Tagen, manchmal Wochen, erholte sie sich; zurückblieb eine auffallende Gedächtnisschwäche, Gleichgültigkeit gegen alles, eine Abneigung gegen die Umgebung, Pat. kümmerte sich nicht um die Wirtschaft, auch nicht um die Erziehung des Knaben — was sie beides vorher getan —, sie suchte die Einsamkeit auf, da ihr alles Ekel einflößte. — Dr. *W.* fand am 8. November 1909, also gegen Ende der von Dr. *B.* geschilderten Zeit, nervöse Beschwerden der verschiedensten Art, Herzklopfen, Zittern der Glieder, Unfähigkeit, längere Zeit zu stehen oder zu gehen, Schwindelgefühl, Angstgefühl, Gedankenschwäche, so daß sie nicht imstande sei, ihrer Wirtschaft ordentlich vorzustehen, da sie übermüdet sei und trotzdem richtigen Schlaf nicht finden könne; Hautfarbe blaßgrau, die sichtbaren Schleimhäute blaßrot, die Haltung etwas schlaff, Kräfte- und Ernährungszustand befriedigend, der Puls lebhaft beschleunigt, 120 Schläge in der Minute; die Augenlider hängen schlaff herab, Pupillen =, Reaktion auf Licht langsam und wenig ausgiebig; starkes Zittern der Zunge und der gespreizten Finger; Kniesehnenreflex lebhaft gesteigert; außerdem leichte Schwellung der Schilddrüse, welche den Kehlkopf bedrückt und die nervösen Symptome vermehrt. — Dr. *Y.* fand am 29. April 1910 ziemlich guten Ernährungszustand, wechselnde Gesichtsfarbe (bald rot, bald weiß während des Gesprächs), geringe Schwellung der Schilddrüse, 132 Pulsschläge in der Minute, unreinen ersten Ton an der Herzspitze, Klopfempfindlichkeit des Schädels, besonders r. h., Gleichheit und prompte Verengerung der Pupillen bei Lichteinfall und Blick in die Nähe, Zittern der Augen, und zwar r. besonders bei Blick nach l., l. besonders bei Blick nach r. (Nystagmus horizontalis), Zittern der vorgestreckten Zunge und der gespreizten Finger; dieses Zittern besteht auch in der Ruhe und nimmt bei beabsichtigten Bewegungen (Fingerfinger- und Fingernasenversuch) ab. Die Austrittstelle der r. sensiblen Gesichtsnerven ist sehr druckempfindlich, außerdem bestehen lebhafte Kniesehnenreflexe (Patellarklonus und Fußklonus), endlich starkes Nachröten der Haut. ... Eine einfache Aufgabe aus dem großen Einmaleins löste Frau X. nicht, wiederholte dagegen 6 vorgesprochene Zahlen stets richtig, hatte aber eine gestellte Aufgabe bald wieder vergessen. — Auf Dr. *T.* machte Pat. am 23. Juni 1910 einen wesentlich gebesserten Eindruck. Der Puls war damals 80 in der Minute, wie Dr. *T.* auch bei Untersuchungen vor dem Unfall normale Pulsfrequenz festgestellt hatte. — Dr. *S.* hat Frau X. vom 22. Januar bis 1. Oktober 1912 in seiner Anstalt beobachtet. Die Zusammenziehung der Pupillen bei Lichteinfall war langsam und wenig ausgiebig, die beim Nahesehen ausgiebiger. Ein Hin- und Hergehen des Augapfels (Nystagmus) war nicht vorhanden. Die Augen-

bewegungen waren frei bis auf die von Jugend auf bestehende, früher durch Schieloperation gebesserte Schwäche des r. Auges beim Blick nach innen. Die herausgestreckte Zunge zitterte nicht; die ausgestreckten Hände zeigten dagegen ein grobes Zittern, das in der Ruhe und bei anders beschäftigter Aufmerksamkeit nicht vorhanden war. Beklopfen und Druck auf die Wirbelsäule empfand sie schmerzhaft. Die Sehnenreflexe an den Knien waren sehr stark, und zwar l. noch stärker als r. Beide Füße gerieten in rhythmische Zuckungen, wenn man sie kräftig nach oben beugte und dann in dieser Stellung festhielt. An der Haut der gesamten Körperoberfläche zeigte sich auffallend starkes Nachröten. Pat. las die erste Reihe der großen Buchstaben auf der Probetafel nur auf 2 m Entfernung statt normal 36 m, sie erkannte die Finger nur auf 5 m Entfernung statt normal 60 m, sie erkannte das Zifferblatt der Uhr erst auf 15 cm und versagte bei den kleinen Buchstaben ganz. Ein Unterschied der Augen ließ sich nicht feststellen. Konvex- und Konkavgläser brachten keine Besserung der Sehschärfe. Die Aufnahme des Gesichtsfeldes beider Augen vermittelst des Perimeters war wegen Ungeduld und mangelnder Aufmerksamkeit der Pat. nicht ausführbar, so daß man nur annähernd zu der Schätzung kam, daß beide etwa auf den halben Umfang eingeschränkt waren. Ein Farbensinn schien gar nicht vorhanden zu sein. Eine Vergrößerung der Schilddrüse konnte nicht festgestellt werden. Puls 72—92. —

Aus diesen Zeugnissen geht zweifellos hervor, daß die nach dem Unfall vom 26. September 1908 eingetretene Verschlimmerung der Nervenkrankheit der Frau X. bisher dauernd bestanden hat. Und ebensowenig dürfte begründetem Zweifel begegnen, daß diese Verschlimmerung auf den Unfall im Klosett zu F. zurückzuführen ist. Gegen diesen Zusammenhang kann höchstens angeführt werden, daß Pat. 3 Tage nach dem Unfall, als sie dem Dr. *T.* die Verschlimmerung ihres Leidens klagte, den Unfall nicht erwähnte, und daß sie erst am 11. Oktober, fast 5 Wochen nach dem Unfall, die Anzeige an die Eisenbahndirektion erstattete. Gewiß läge also an sich die Möglichkeit vor, daß Pat. ein anderes Schreckerlebnis durchgemacht. dies verschwiegen und seine Folgen auf das F.er Abenteuer übertragen hätte, um Entschädigungsansprüche geltend machen zu können. Aber abgesehen davon, daß von einem andern derartigen Erlebnis nichts bekannt ist, man also ganz auf Vermutungen angewiesen wäre, passen die Krankheiterscheinungen, die Frau X. bietet, durchaus auf den F.er Unfall. Durch ihn sind hauptsächlich die Beine und die Steißgegend betroffen worden, dort hat die Berührung stattgefunden, die mit dem Schrecken zugleich eintrat, dort die Beschmutzung, an der voraussichtlich auch die Hände beim Hinfallen und beim Reinigen teilnahmen. Außer dem Kopf betreffen die Schmerzen aber hauptsächlich Rücken und Beingelenke, die Empfindungstörungen nehmen Hände und Beine ein, so daß auch von hier aus der Zusammenhang mit dem Unfall in F. glaubhaft erscheint. Andrerseits entwickeln diese Störungen nach Unfall sich oft erst all-

11*



mählich, und die krankhafte Unentschlossenheit der Pat. mag sowohl die erste Mitteilung wie noch mehr die Anzeige lange verhindert haben. Ich sehe daher den Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheitverschlimmerung als gegeben an.

Diese durch den Unfall bewirkte Verschlimmerung der Hysterie besteht der Hauptsache nach bis jetzt. Einzelne Erscheinungen haben sich jedoch gebessert. Die starke Steigerung der Pulszahl auf 130 Schläge (29. September 1908, Dr. *T.*), 120 Schläge (8. November 1909, Dr. *W.*), 132 Schläge (29. April 1910, Dr. *Y.*) ist später nicht mehr beobachtet worden, Dr. *T.* fand am 23. Juni 1910 nur 80 Schläge, Dr. *S.* während der Beobachtung vom 22. Januar bis 1. Februar 1912 zwischen 72 und 92 und ich während des hiesigen Aufenthalts vom 19. September bis 25. Oktober 1912 zwischen 72 und 102 Schlägen in der Minute. Die Schilddrüsenvergrößerung, die schon vor dem Unfall bestand (Dr. *T.*), die aber im November 1909 nach Angabe von Dr. *W.* den Kehlkopf bedrückte und im April 1910 bei *Y.* zur Annahme der *Basedow*schen Krankheit führte, wurde von Dr. *S.* im Januar 1912 gar nicht und von mir im September 1912 nur in ganz unbedeutendem Maße vorgefunden. Das Zittern der vorgestreckten Zunge (Dr. *W.*, November 1909; Dr. *Y.*, April 1910) und das seitlich gerichtete Augenzittern (Nystagmus, Dr. *Y.*, April 1910) fehlten im Januar 1912 bei Dr. *S.* und im Herbst 1912 bei mir. Die früher wenigstens mehrfach beobachtete Verlangsamung der Pupillenreaktion auf Licht (Dr. *W.*, November 1909, Dr. *S.*, Januar 1912) konnte ich im September und Oktober 1912 bei wiederholten Prüfungen nicht feststellen. Ebensowenig die Klopfempfindlichkeit des Schädels und die Druckempfindlichkeit an der Austrittstelle der sensiblen Gesichtsnerven, die Dr. *Y.* im April 1910, und die Klopf- und Druckschmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, die Dr. *S.* im Januar 1912 beobachtet hatte. Die von Dr. *B.* für die Zeit bis Januar 1910 bezeugte vollständige Apathie und vollständige Lähmung an allen Gliedern, die Pat. tagelang an das Bett fesselte, und von der sie sich erst nach mehreren Tagen, manchmal Wochen, erholte, wird später nicht mehr erwähnt und konnte weder von Dr. *S.* noch hier trotz längerer Beobachtungzeit festgestellt werden. Ebenso kamen stärkere Angstzustände, die früher von andern angegeben wurden, hier nicht zur Beobachtung, und ebensowenig Störung der Nahrungaufnahme und Ekelgefühle.

Andere Erscheinungen sind nicht verschwunden, haben sich aber als besserungfähig erwiesen. Die von Dr. *W.*, Dr. *Y.*, Dr. *S.* und anfangs auch von mir gefundene Steigerung der Sehnenreflexe sowie das Zittern und Zucken in Gesicht und Extremitäten wurde während der hiesigen Beobachtung deutlich geringer, und das seelische Befinden hob sich wesentlich bis kurz vor dem Fortgang der Pat., dessen Erwartung dann wieder eine Verschlechterung hervorrief. Daß es gelang, das Gesichtsfeld zu untersuchen und in einzelnen Fällen auch Farbenwahrnehmungen fest-



zustellen, was noch im Januar bei Dr. *S.* nicht glückte, ist auf Rechnung jener Besserung des seelischen Befindens zu setzen, die hier infolge der viel längeren Dauer des Anstaltaufenthalts eintrat.

Die hier als verschwunden oder als besserungfähig aufgeführten Erscheinungen sind nun zum Teil gerade die objektiv feststellbaren Zeichen, welche man häufig als Folgen eines mit Schreck verbundenen Unfalls bei Nervösen oder nervös Veranlagten auftreten sieht: dauernde Steigerung der Sehnenreflexe, Zittern und Zucken der Muskeln, Änderungen der Lichtreaktion der Pupillen, gesteigerte Erregbarkeit des Herzens und der Gefäße. Andere Erscheinungen, die damit verbunden zu sein pflegen, aber nicht von außen festgestellt werden können, bestehen anscheinend fort, besonders die Schmerzen teils im Kopf, teils in der Gegend — Becken und Beine —, die mit der Erinnerung an den Unfall am nächsten verbunden ist. Daß die Schmerzen das Gehen wenigstens jetzt nicht behindern, was früher (nach Dr. *W.*) der Fall war, beweisen die hiesigen oft ziemlich langen Spaziergänge. Die Empfindungstörungen der Haut und Gelenke, die Ohrgeräusche und Sehstörungen übergehe ich hier, da deren Ausdehnung und etwaige Verringerung nur durch zuverlässige Mitwirkung der Pat. festgestellt werden kann, diese aber durch die ganze Art ihres jetzigen Denkens und Fühlens dazu nicht imstande ist. Denn auch jetzt sind noch stark vorhanden das Gefühl schwerer Krankheit und Unfähigkeit, die seelische Erregbarkeit und die deutliche Abhängigkeit der Schmerzen und sonstigen Störungen von der jeweiligen Stimmung.

Ich schließe aus diesen Ausführungen, daß Frau X. an einer durch den Unfall bewirkten, auch jetzt noch bestehenden Verschlimmerung ihrer Hysterie leidet, daß diese Verschlimmerung ihren Höhepunkt bereits überschritten hat, und daß gerade die Erscheinungen, die am wahrscheinlichsten durch den Unfall bedingt sind, Neigung zur Besserung zeigen, während andere Erscheinungen, die mehr aus der Veranlagung herausgewachsen und durch den Unfall voraussichtlich nur verstärkt sind, jene Neigung bisher nicht oder doch weniger deutlich zeigen.

Damit wende ich mich der Frage zu, ob die durch den Unfall erlittene Verschlimmerung des Zustandes dauernder Natur ist und als nicht ausgleichbar angesehen werden muß.

Ich gehe davon aus, daß die Erscheinungen, die man ohne weiteres mit dem Schreck in Verbindung zu bringen geneigt sein wird, und die zugleich weniger unmittelbar mit dem seelischen Befinden der Pat. zusammenhängen, Tendenz zur Besserung zeigen. Es fragt sich nun, wodurch kann die weitere Besserung gefördert werden, und welche Hindernisse stehen dem entgegen? Die Förderung würde hauptsächlich darin bestehen, daß der Pat. seelische Ruhe, gleichmäßige, dem jeweiligen Zustand angepaßte Tätigkeit und zweckentsprechende Ablenkung von den Gedanken an sich und ihre Krankheit gegeben wird. Dem stehen aber jetzt



die schwersten Hindernisse entgegen. Solange Pat. in den schwebenden Prozeß verwickelt ist, solange von ihr und ihrem Befinden Wichtiges oder doch ihr wichtig Erscheinendes abhängt, solange immer neue Untersuchungen und Erkundigungen über ihren Krankheitzustand und über ihre Leistungfähigkeit notwendig werden, sind jene zur Besserung geeigneten Verhältnisse nicht herzustellen. Wie soll Pat. zur seelischen Ruhe kommen, wenn sie mit ihrer krankhaften Reizbarkeit in solcher unabgeschlossenen Lage sich befindet, die auch Gesunde erregen kann? Wie soll sie in ihrer Unentschlossenheit zu gleichmäßiger Tätigkeit kommen, wenn sie weiß, daß gerade Tätigkeit und nun gar regelmäßige Tätigkeit ihrem Prozeßvorteil zuwiderläuft? Wie sollen die Gedanken an die eigene Person und die Krankheit zurücktreten, wenn sie beständig durch die Verhältnisse in den Mittelpunkt gerückt werden? Ich bin dabei keineswegs der Ansicht, daß bei Pat. unmittelbar der Wunsch nach Geldentschädigung bewußt oder unbewußt mitwirkt, daß sie an „Rentenhysterie“ leidet, wie man wohl gesagt hat. Aber das Krankheitbewußtsein und der Trieb, das schwere Leiden auch von andern anerkannt zu sehen, drängt unwillkürlich, wenn vielleicht auch dieser Zusammenhang der Kranken nicht bewußt wird, dem Prozeß, den damit in Verbindung stehenden Untersuchungen und nun gar erst einer etwaigen Rente, mag diese noch so gering sein, eine Bedeutung auf, die nicht den Wert des etwa zu erringenden Gewinns, sondern allein der durch all dies ausgedrückten Schätzung der Krankheit entspricht. Der Unfall hat dem Krankheitbewußtsein der Pat. einen Mittelpunkt gegeben, an den sich die von früher her bestehenden Beschwerden anranken und stärken konnten; der Prozeß hat dafür gesorgt, daß sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit blieben und so den Boden immer fruchtbarer machten. Solange er dauert, oder auch, wenn Pat. eine Rente erhält, deren Fortbezug von dem Stande ihrer Krankheit und Leistungfähigkeit abhängt, halte ich eine weitgehende Besserung, etwa so weit, daß der Zustand vor dem Unfall hergestellt wird, beinahe für ausgeschlossen. Erst wenn der Prozeß endgültig erledigt ist und kein Anspruch mehr erhoben werden kann, ist m. E. eine derartige Besserung möglich, dann aber auch wahrscheinlich.

Anwendung regelmäßiger Stärkungsmittel, Massieren oder dergleichen ist ohne Wirkung auf den jetzigen Krankheitzustand. Bei uns habe ich von vornherein derartige Mittel fortgelassen, Pat. hat die gewöhnliche Anstaltkost genossen, und ihr Befinden ist dadurch sicher nicht verschlechtert, abgesehen von den letzten Tagen sogar gebessert worden. Das Körpergewicht, das am 19. September 69 kg betrug, war Ende September = 68,7 kg, am 11. Oktober = 69 kg und am 25. Oktober trotz den Erregungen durch die bevorstehende Abreise = 69,2 kg. Die Leistungen haben sich in dieser massagelosen Zeit nicht verringert, sondern deutlich vermehrt. Damit soll natürlich der suggestive Wert, der jenen Maßnahmen auch im vorliegenden Krankheitfalle innewohnen kann, ebenso-



wenig bestritten werden, als daß zu einer andern Zeit vorübergehend auch Stärkungsmittel oder Massage zweckdienlich erscheinen konnten.

Jährliche Erholungsreisen werden durch die Erkrankung nicht erforderlich und können sie sogar verschlimmern. Ein Sanatoriumsaufenthalt ist nur dann zu empfehlen, wenn Pat. sich dem Arzte vertrauensvoll fügt und die oben erwähnten drei Förderungsmittel im Sanatorium verwirklicht werden. Vor endgültigem Abschluß des Prozesses halte ich jeden Sanatoriumsaufenthalt für zwecklos, glaube aber, daß später eine viertel- bis halbjährige Anstaltbehandlung unter den genannten Voraussetzungen rascher zur Besserung bis zum Zustand vor dem Unfall führen wird als der Aufenthalt zu Hause, wo Pat. sich mehr selbst überlassen ist und die Erinnerung an die letzten Jahre lebhafter an sie herantritt. Ein dauernder Sanatoriumsaufenthalt wird m. E. durch die jetzige Erkrankung bei einigermaßen verständiger Behandlung nicht erforderlich werden.

Fortgesetzter ärztlicher Behandlung bedurfte Pat. bereits vor dem Unfall, dieses Bedürfnis besteht auch jetzt.

Zur geregelten Tätigkeit im Haushalt und zur dauernden Besorgung der Wirtschaftsgeschäfte ist Pat. zurzeit noch nicht imstande. Zu wünschen ist ihr, daß sie sich immer mehr an regelmäßige Tätigkeit gewöhnt, die ich als Bedingung der Genesung in diesem Falle ansehe, aber Regelmäßigkeit kann von Pat. jetzt nur allmählich eingeübt werden, und ich halte Pat. dieser Einübung für unfähig, solange der Prozeß seine unheilvolle Wirkung ausübt. Denn Frau X. ist schwer krank, ihr mangeln nicht die körperlichen, aber die seelischen Kräfte zur Durchführung des zu ihrer Besserung notwendigen gleichmäßigen und regelmäßigen Verhaltens, und diese können sich nur äußerst schwer wiederherstellen, solange die Verhältnisse hierfür so ungünstig wie jetzt liegen. Gebessert haben sich bisher die sozusagen mehr äußerlichen Krankheiterscheinungen, und diese Besserung läßt bei Fortfall der jetzigen Hindernisse Erfolg auch im übrigen erwarten; vorläufig dürfte aber die mit dem Innern der Pat. am stärksten verwachsene krankhafte Denk- und Gefühlsrichtung, die durch den Unfall eine so wesentliche Verstärkung erfahren hat, allen Besserungsversuchen trotzen, solange die äußeren Umstände die Fortwirkung des Unfalls auf das Denken und Fühlen der Pat. lebendig erhalten.

Ich fasse meine Ausführungen dahin zusammen,

„daß Frau X. an einer Hysterie leidet, die bereits vor dem Unfall bestand, durch den Unfall aber erheblich verschlimmert worden ist,

daß diese durch den Unfall bewirkte Verschlimmerung des Ausgleichs fähig ist, allerdings erst nach endgültiger Erledigung der auf den Unfall begründeten Entschädigungsansprüche,

daß Anwendung regelmäßiger Stärkungsmittel, Massieren und dergleichen, sowie jährliche Erholungsreisen durch den jetzigen Krankheitzustand nicht erfordert werden, wohl aber fortgesetzte ärztliche Behand-



lung, die durch die Krankheit an sich auch ohne die durch den Unfall hervorgerufene Verschlimmerung nötig gemacht wird,

daß eine dauernde Unterbringung in einem Sanatorium durch die vorliegende Erkrankung aller Voraussicht nach nicht nötig werden wird, daß aber eine viertel- bis halbjährige Anstaltbehandlung später sich voraussichtlich als zweckmäßig erweisen wird,

daß eine geregelte Tätigkeit im Haushalt und die regelmäßige Besorgung der Wirtschaftgeschäfte der Pat. zurzeit nicht möglich ist".

Auf Grund dieses Gutachtens verurteilte das Landgericht F., nachdem neue Vergleichsverhandlungen gescheitert waren, im Dezember 1913 den Fiskus zur Zahlung einer einmaligen Summe von 4500 M. und einer jährlichen Rente von 1000 M. bis zum 60. Lebensjahre der Frau X. Der Kläger legte Berufung an das Kammergericht ein, und dieses beschloß eine nochmalige Beweiserhebung über die einzelnen Ausgaben und forderte auf Grund derselben ein weiteres Gutachten, das ich mit Auslassungen wiedergebe:

,,In Sachen X. gegen Eisenbahnfiskus erstatte ich über die Frage, ob alle Aufwendungen, welche der Kläger in Rechnung stellt, zur Hebung der Folgen des Unfalls vom 26. September 1908 notwendig oder wenigstens zweckentsprechend waren, eventuell in welchem Umfang sie dies waren, folgendes Gutachten:

I. Ich gehe zunächst die einzelnen Ausgaben bis Ende 1911 im Anschluß an die Berufungsbegründung des Klägers durch, bemerke aber im voraus, daß ich es für unmöglich halte, die Scheidung zwischen den Aufwendungen, die auf die Verschlimmerung der schon vorher bestehenden Krankheit auch ohne den Unfall nötig geworden wären, überall durchzuführen.

1. Gleich bei den Arztkosten leuchtet diese Unmöglichkeit ein. Frau X. würde wahrscheinlich auch ohne den Unfall hin und wieder ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben ..... Da aber ärztliche Behandlung zum Versuch, die Folgen des Unfalls zu heben, notwendig war und sicher der größte Teil dieser Behandlung nur durch die Unfallfolgen, nicht auch durch die Grundkrankheit veranlaßt ist, so glaube ich zwar sicher zu sein, daß ein kleiner Teil der Arztkosten auch ohne den Unfall ausgegeben worden wäre, kann aber dies nur als wahrscheinlich bezeichnen und nun die Abgrenzung dieses Teils unterlassen, da jeder Anhaltpunkt fehlt. .....

2 a. Dasselbe gilt für die Medikamente .....

2 b. Anders steht es mit der Somatose. Ich bezweifle nicht, daß auch diese ihr ärztlich verordnet worden ist, und diese Verordnung mag auch zweckentsprechend gewesen sein, als sie das erstemal gegeben wurde. Sicher aber war es nicht notwendig oder auch nur zweckentsprechend, daß Frau X. so lange hintereinander und so massenhaft Somatose verbrauchte ..... Was über die Zeit von 6 Wochen hinausgeht, halte ich



für überflüssig, und bei Frau X. sogar für zweckwidrig, weil durch den langen Gebrauch von Kräftigungsmitteln bei ihr die Vorstellung ihrer Schwäche nur festeren Fuß fassen und ihr Fühlen und Denken stärker beeinflussen mußte, ohne daß in Wirklichkeit eine weitere Kräftigung erzielt wurde. Als Hilfsmittel zur seelischen Beeinflussung im gewünschten Sinne konnte die Somatose nur vorübergehend wirken. Rechne ich also 6 Wochen und täglich 20,0 Somatose als zweckentsprechend, was beides recht hoch gerechnet ist, so beläuft sich die in dieser Zeit möglicherweise verbrauchte Somatose auf 840,0 g, deren Preis sich auf 42 M. stellt. Was darüber ist, kann ich als zweckentsprechend nicht anerkennen.

2 c. Genau das Gleiche gilt für sonstige Kräftigungsmittel. Mögen sie zu einer bestimmten Zeit zweckentsprechend gewesen sein, sei es als Mastkur, sei es zur seelischen Beeinflussung, so war es sicher nicht zweckentsprechend, daß Frau X. sich dauernd so ernährte, und ich kann den Fortgebrauch der Kräftigungsmittel über 6 Wochen hinaus weder als notwendig noch als zweckentsprechend bezeichnen....

2 d. Mit der Massage verhält es sich ähnlich. Der Unfall an sich machte sie nicht nötig, wohl aber konnte die durch ihn herbeigeführte Verschlimmerung der Grundkrankheit eine seelische Beeinflussung durch Massage zweckdienlich erscheinen lassen, jedoch nur auf kurze Zeit; längere Fortsetzung mußte die Wirkung ins Gegenteil verkehren. Wenn ich also die Zeit vom 29. Oktober 1908 bis Ende 1908 als zweckentsprechend annehme, so ist dies sehr reichlich bemessen .....

2 e. Ich kann die Reisen der Frau X. nicht als notwendig oder zweckentsprechend ansehen, gebe aber zu, daß namentlich anfangs eine Aufenthaltsveränderung als zweckmäßig erscheinen konnte....

3. Daß Frau X. Hilfe im Haushalt brauchte und weiter braucht, solange die Verschlimmerung ihrer Krankheit infolge des Unfalls besteht, sehe ich als zweifellos an und halte auch die Aufstellung des Klägers für begründet, der mit Recht darauf verweist, daß der ortsübliche Lohn für eine Hilfskraft hier nicht ausreiche, weil Frau X. infolge ihrer Krankheit Ansprüche an die Helferin stelle, die sich nicht jede gefallen lasse .....

Hiernach sind durch den Unfall bis Ende 1911 veranlaßt und können als notwendig oder doch zweckentsprechend zur Hebung der Unfallfolgen gelten folgende Ausgaben:

1.	Für	ärztliche Behandlung	997,20	M.
2 a.	„	Medikamente	182,80	„
b.	„	Somatose	42,—	„
c.	„	sonstige Kräftigungsmittel......	70,—	„
d.	„	Massage	81,—	
e.	„	Reisen	84,30	„
3.	„	Hilfe im Haushalt	2839,20	„
		zusammen ..	4296,50	M.





Hierzu käme noch der Verlust des Klägers durch Aufgabe der Milchwirtschaft, falls das Gericht auch hierfür Entschädigung zubilligt. Daß Frau X. infolge des Unfalls unfähig war und ist, eine Milchwirtschaft dauernd zu leiten, sehe ich als sicher an.

II. Für die Festsetzung einer Rente möchte ich folgenden Gesichtspunkt voranstellen: Ist die Fortgewährung der Rente in der üblichen Art vom Fortbestehen der Unfallfolgen abhängig, so halte ich eine Heilung von Frau X. für ausgeschlossen. Nicht weil ich annehme, Frau X. werde vom Verlangen nach Rente an sich unmittelbar in ihren Krankheitsäußerungen beeinflußt. Aber durch die Rente wird nicht nur die Hysterie, die so oft von der Umgebung nicht recht als Krankheit anerkannt und daher leicht dem Kranken als ein „Sichgehenlassen" halb zum Vorwurf gemacht wird, als Krankheit beglaubigt, sondern auch der Unfall gewissermaßen als auf die Dauer fortwirkend anerkannt. So bleibt Pat. andauernd unter dem Einfluß des Unfalls, indem die auf ihn sich gründende Rente sie nicht nur als schwer krank, sondern auch als Opfer des Unfalls vor sich und andern hinstellt. Darin liegt, daß der Pat. die Möglichkeit der Heilung ein nicht nur angenehmer Gedanke ist, sondern eine unangenehme Beimischung erhält durch den dann eintretenden Fortfall der Rente, die Pat. sich durch ihr Leiden gewissermaßen verdient zu haben glaubt. Zudem ist, je weniger sich Pat. zu leisten zutraut, der Wert, den sie sich wirtschaftlich beimißt, auf das Fortbestehen der Rente begründet, und um so weniger kommt die Hoffnung gegen die Furcht auf, den Halt, den ihr Selbstbewußtsein an der Rente findet, mit der Genesung zu verlieren. So wirkt die Rente viel weniger durch ihren Geldwert als dadurch, daß sie ein Gegengewicht bildet gegen das Bewußtsein der Unbrauchbarkeit und zugleich als Beweis und als Sinnbild dafür, daß nicht Pat. durch Hingeben an die Krankheit, sondern andere schuld sind an dem Unglück, das in der Krankheit sie und ihre Familie getroffen hat. Wo aber mit der Genesung oder Besserung ein wenigstens in der Schätzung der Kranken schwerwiegender Nachteil verknüpft ist, versagt unwillkürlich und unbewußt die Mitwirkung der Kranken, die bei solchen Nervenleiden dem Arzt zum Erfolge nötig ist, und wenn es auch in manchen Fällen gelingt, auf Umwegen jene Mitwirkung doch hervorzurufen, so scheint mir diese Möglichkeit hier, wo jetzt schon 6½ Jahre seit dem Unfall verstrichen sind und wo die Unfallfolgen in der Verschlimmerung einer noch länger bestehenden Nervenkrankheit sich äußern, mehr als sonst ausgeschlossen. Dagegen halte ich eine Besserung bis zur Beseitigung der Unfallfolgen sogar für wahrscheinlich, wenn Pat. eine Abschlagzahlung erhält und ihr damit endlich gemütliche Ruhe ermöglicht wird, weil gar nichts mehr in dieser Richtung zu hoffen oder zu fürchten steht. Ich habe mich hierüber schon im früheren Gutachten ausgesprochen (S. 157—158) und verweise darauf. Dementsprechend habe ich noch kürzlich die Aufnahme der Frau X. in unsere Anstalt als zwecklos so lange abgelehnt, als der Prozeß nicht endgültig ent-



schieden ist und mit der Heilung irgendein Nachteil — wozu auch der Verlust einer, wenn auch dem Ehemann abgetretenen Rente gehören würde — für die Kranke verbunden ist. Und als ebenso zwecklos betrachte ich inzwischen alle andern Heilungsversuche.

Hieraus folgt für mich, daß eine Rente, die im Fall von Besserung vermindert wird und im Fall der Genesung wegfällt, die Besserung unmöglich und Heilversuche zwecklos macht. Sie muß die Vertretung der Pat. in der Wirtschaft ermöglichen, während ärztliche Behandlung, Medikamente, Massage, Stärkungsmittel, Badereisen, Sanatoriumsaufenthalt und dergleichen zur Hebung der Folgen des Unfalls vom 20. September 1908 unter den gegebenen Verhältnissen als zwecklos auszuscheiden haben.

Ich kann mich hier auch ganz auf den Standpunkt des Dr. *S*. stellen, der im Jahre 1912 bei seinen Verordnungen davon ausging, daß Frau X. durch ihre Krankheit nicht genötigt sei, in ihrer Ernährung über den Rahmen ihrer sonstigen Lebensgewohnheiten hinauszugehen. Daß sie gelegentlich ärztliche Behandlung und Medikamente, vielleicht auch Stärkungsmittel, Massage, Badereisen und Sanatoriumsaufenthalt benötigen wird, ist damit natürlich nicht ausgeschlossen; nur zur Hebung der Folgen des Unfalls sind sie m. E. nicht notwendig und nicht zweckentsprechend, wie notwendig und zweckentsprechend sie auch aus andern nicht vorherzusehenden Gründen sein mögen.

Ich sehe als Unterlage für eine Rente von den als notwendig bezeichneten Ausgaben daher nur die Einstellung von Hilfskräften an, die mit 873 M. veranschlagt ist. .....

Zum Schluß hebe ich, wenn es auch aus meinen Ausführungen von selbst hervorgeht, noch besonders hervor, daß in der Art der Erkrankung der Frau X. und der Verknüpfung dieser Krankheit mit der Erinnerung an den Unfall und mit einer etwaigen Rente ein wichtiger Grund für den Kläger vorliegt, eine Abfindung in Kapital zu verlangen.“

Seitdem sind neue Verhandlungen zwecks gütlicher Vereinbarung geführt, aber auch jetzt nicht zum Abschluß gelangt, so dringend ich auch der Pat. auf wiederholte Anfragen geraten habe, das Anerbieten des Fiskus, der sich schon 1913 vergeblich bereit erklärt hatte, die jährliche Rente durch eine einmalige Zahlung von 11 000 M. abzulösen, und jetzt diesen Vorschlag unter Verminderung der Summe auf 10 000 M. wiederholte, schon mit Rücksicht auf ihre Gesundheit ohne weiteres anzunehmen. So sehr Frau X. davon durchdrungen war, daß der Prozeß ihr äußerst schädlich sei, sie konnte sich doch nie zum Vergleich entschließen.

Wenn irgendwo, gilt hier der Satz: Kleine Ursache, große Wirkung. Ein schlecht gereinigtes Klosett gab den Anlaß zur Verschlimmerung einer Hysterie, die nicht nur dem Staate große Kosten, sondern auch der Kranken viel Qual eingetragen hat. Zugleich ergibt sich einmal, daß ohne die heutige Unfallgesetzgebung ein großer Teil dieser Folgen

ausgeblieben wäre, sodann aber, daß ein Zusammenhang, der nicht nur diesem Einzelfall eigentümlich ist, zwischen der Krankheit und jenem ungünstigen Einfluß der Unfallgesetzgebung besteht.

Daß in diesem Falle die Unfallentschädigung nach 6¾ Jahren noch nicht endgültig festgesetzt ist, liegt zum großen Teil daran, daß Pat., obwohl sie selbst einsieht, daß der Prozeß für sie unheilvoll ist, in ihrem Wollen hin und her schwankt und sich nicht endgültig zu dem Entschluß aufraffen kann, auf durchaus entgegenkommende Vergleichsvorschläge einzugehen. Will man dies krankhafte Entschlußunfähigkeit nennen, so zeigte die hiesige Beobachtung, daß solche nicht auf einer Hemmung des Denkens und Wollens beruhte, sondern auf einer abnorm großen Bestimmbarkeit desselben durch das jeweilige übermäßig leicht erregbare Gefühl, so daß das Tun der Pat. sich in Widersprüchen bewegte und das Ziel beständig wechselte. War ihr etwas lästig oder kam ihr ein Wunsch, so war der Gedanke an ihren Vorteil oder an das, woran ihr sonst lag, vergessen oder doch unwirksam gegen den Reiz des Augenblicks. Sie vermochte nicht ein Wollen festzuhalten und durchzuführen und war nur in diesem Sinne zu einem Entschluß unfähig, der nun wirklich ihr Handeln festgelegt und das Schwanken des Wollens wenigstens auf kurze Zeit abgeschlossen hätte. Aber lästig war ihr der Prozeß sicher, und wenn nicht etwas anderes dem widerstrebt hätte, wäre es gerade infolge ihres sprunghaften Handelns wahrscheinlich gewesen, daß sie auf einen Vergleich einging, freilich nur, um ihn nachträglich, wenn es noch möglich war, wieder zu verwerfen. Daß sie dazu nicht kam, sondern gerade in diesem Punkte zögerte, muß demnach einen andern Grund haben. Sie schrieb mir noch kürzlich: „Wenn ich im Januar zusagen wollte, hielt mich etwas Unheimliches zurück. Ich konnte nicht. Jetzt sind furchtbare Zeiten für uns [Vermögensverluste durch den Krieg], und wie furchtbar ist es mir, daß der Vergleich scheiterte.“ Weshalb konnte hier Pat. nicht, die doch während ihrer Beobachtungszeit in Schweizerhof, um kleinen Unbequemlichkeiten bei der Untersuchung zu entgehen, allerlei aufgeben konnte, dessen Durchführung ihr sonst am Herzen lag? Befürchtungs- und Begehrungsvorstellungen in dem Sinne, daß der Gedanke an Mittellosigkeit und der Wille sie bestimmt hätte, möglichst großen Vorteil aus der gegebenen Lage allein des Gewinnes wegen zu erzielen, hätten damals und früher jenen



Einfluß nicht gehabt, wenn sie auch neuerdings infolge von Vermögensverlusten mittelbar mitsprechen mögen. Wesentlich ist doch, daß Pat. dem Unfall nicht unbefangen gegenübersteht, daß das Gefühl hier in krankhafter Weise die Vorstellung bestimmt und eine auch nur annähernd sachliche Beurteilung ausschließt. Die Auffassung, daß der Unfall sie dauernd siech gemacht und damit ihr ein Recht gegeben habe, vom Fiskus sehr viel zum Ersatz ihrer Gesundheit zu verlangen, wird verstärkt durch alle einzelnen Leiden, die eben in dem Unfall eine gemeinsame Unterlage gefunden haben. Wenn die Beschwerden auf fremde Schuld oder Nachlässigkeit zurückgeführt werden, so muß hierdurch die Bedeutung derselben um so höher anschwellen und die Notwendigkeit einer nach dem Gefühl der Pat. dem Schaden angemessenen Sühne immer zwingender werden. Wie fest Pat. von dieser Notwendigkeit überzeugt war, zeigen ja gerade die unüberlegten und ganz vom Augenblick abhängigen Übertreibungen, in denen sie sich gefiel, ganz unbekümmert um die Gefahr, als Simulantin aufgefaßt zu werden, die zu nahe lag, als daß sie ihr trotz ihrer Beschränktheit entgehen konnte. Daneben aber zeigt sich ein anderer Zusammenhang. Pat. kann sich durch eigene Kraft nicht beherrschen, und sie ist zu ihren früheren Leistungen unfähig. Sie bedarf für beides einer Entschuldigung vor sich und andern, und diese ist in ihrer Krankheit gegeben. Je mehr diese anerkannt wird, um so mehr ist Pat. gerechtfertigt und kann sich ohne Bedenken gehen lassen. Jetzt hat sie Anwartschaft darauf, daß ihre Krankheit eine greifbare Anerkennung in der Rente erhält, und diese Anerkennung ist um so schlagender, je höher die Rente bemessen wird. So wird ihr diese zum Symbol, zum sichtbaren Zeichen ihrer Krankheit, zur Begründung und Rechtfertigung ihrer krankhaften Unfähigkeit, sich zu zügeln und für die Ihrigen zu sorgen, über die sonst Zweifel auftauchen können, und je mehr sie die Berechtigung und Notwendigkeit empfindet, sich mit der Krankheit zu decken, weil sie nur in ihrem Schutze die Achtung anderer bewahren kann, um so mehr muß sie an der möglichst hohen Bewertung des Unfalls festhalten, und zwar womöglich in der Form einer dauernden Rente, die diesen Zusammenhang immer von neuem vor Augen stellt. Dies namentlich dann, wenn sie — wie in diesem Falle vielleicht nicht ohne Grund — befürchtet, man werde sie allmählich immer mehr als Last betrachten und auf die Krankheit allein

keine Rücksicht nehmen. Je höher also die Geldentschädigung, womöglich in Form der Rente, die auch später noch ihre Untüchtigkeit als krankhaft und unverschuldet beglaubigt, um so größer die Achtung anderer und um so fester ihre Stellung in der Familie. Aber auch für die eigene Einschätzung ihres Wertes ist die Höhe der Entschädigung nicht belanglos; zeigt sie doch nicht nur, was Pat. gelitten, sondern auch, was sie geleistet hat und noch leisten könnte, wenn unverschuldetes Unglück sie nicht betroffen hätte. So bedeutet die Entschädigung viel mehr als eine bloße Geldsumme, in ihr ist der Wert der Pat. selbst verkörpert, und wenn ihr zugemutet wird, auf eine Einigung einzugehen, also auf weitergehende Ansprüche zu verzichten, so empfindet sie das als Forderung, sich selbst in ihren und anderer Augen herabzusetzen; nicht um einen Vermögensvorteil handelt es sich, sondern die eigene Person wird angetastet. Dies sind gewiß nicht klare Überlegungen, aber sie liegen dem Widerstand gegen einen Verzicht auf das, was Pat. erwartet und durch schwere Leiden rechtmäßig verdient zu haben glaubt, zugrunde. Und gerade, weil sie dies nicht im einzelnen erwägt und in klarer Überlegung durchdenkt, sondern, wie sie allein kann, „mit dem Gefühl urteilt", und zwar mit einem vorwiegend depressiven Gefühl, das alles schlimmer erscheinen läßt und Gegengründe ausschließt, deshalb ist das, was sie vom Vergleich zurückhält, ihr „unheimlich"; sie ahnt, es stecke mehr dahinter, als es scheint, ohne daß sie sich recht deutlich machen kann, was es eigentlich ist.

Frau X. ist eine einfache, nicht besonders kluge und wenig denkgeübte Frau, die trotz ihrer Hysterie bis zum Unfall für ihre Familie tätig gewesen ist, durch Instandhaltung der Milchwirtschaft mit zum Verdienst beigetragen, sonst aber wenig Interessen gehabt hat. Dadurch vereinfacht und vergröbert sich das, was für die inneren Vorgänge in ähnlichen Fällen typisch ist. Sie zeigt in einfachen Umrissen, daß das Verlangen nach möglichst hoher Rente nicht nur in Habsucht wurzeln muß, wie sie auch in jedem Gesunden mehr oder weniger leicht geweckt wird, wenn die Gelegenheit zu ihrer scheinbar anständigen Befriedigung sich bietet, auch nicht einfach in dem Mißtrauen in die künftige eigene Kraft und Leistungfähigkeit, das durch die jetzige Unfähigkeit hervorgerufen und durch die depressive Stimmung vergrößert wird, sondern auch in dem dunkeln Bewußtsein, daß die Krankheit eine erniedrigende Lage schaffe, der gegenüber der Kranke einer

Stütze bedarf, um nicht zu versinken. Eine solche Stütze, die ihm die Achtung — je nach seiner Veranlagung mehr die anderer oder die Selbstachtung — erhält, indem sie seine Krankheit bezeugt und ihn als unschuldig an ihr und an seinem Verhalten und als unglückliches Opfer fremder Gewalten beglaubigt, wird ihm die Unfallentschädigung und zumal die Rente. Er erstrebt dann in ihr also nicht nur eine Entschädigung für unverschuldete Ausgaben und entgangenen Gewinn, sondern zugleich einen, sei es moralischen oder gesellschaftlichen, Halt und wird sich, je mehr ihm hieran liegt, und je mehr er dessen zu bedürfen glaubt, um so fester an die Aussicht auf eine möglichst hohe Entschädigung klammern, da er in ihr die Anerkennung und den Maßstab seines früheren Wertes erblickt. Das schmerzliche Bewußtsein seiner jetzigen Wertlosigkeit und der Trieb, dieser tatsächlichen Wertlosigkeit wenigstens den ideellen Wert entgegenzusetzen, der für ihn in der Rente enthalten ist und der verlorenen Wirklichkeit entspricht, führt dann zur Unfähigkeit, auch auf billige Vergleichsvorschläge einzugehen, in denen der Kranke eine Unterschätzung seiner Krankheit und seiner Person erblickt. Hier sind nicht „Befürchtungs- und Begehrungsvorstellungen" „in hypochondrisch-querulatorischer Richtung" wirksam, sondern starke, durch das unmittelbare Hineinspielen der eigenen Person erregte Gefühle.

Wie sehr gerade die Unfallneurose diese Verschiebung begünstigt, liegt auf der Hand. Das lebhafte Gefühl der Leistungunfähigkeit, der auf dem Kranken lastende gemütliche Druck, seine Erregbarkeit und Ängstlichkeit, die stete Beschäftigung mit den krankhaften Veränderungen, die er an sich spürt, alles das muß den Gedanken der Wertlosigkeit nicht nur hervorrufen, sondern auch besonders peinigend machen. Es braucht dann nur zugleich hysterische Veranlagung zu bestehen, die jene Erscheinungen verstärkt und nicht abklingen läßt, zugleich von ihnen gesteigert wird, den Einfluß des Gefühls auf die Vorstellung vermehrt und so eine sachliche Beurteilung der Lage verhindert, die Wichtigkeit der eigenen Person erhöht und die größten Ansprüche als selbstverständlich erscheinen läßt — und die Entschädigung wird, sobald erst einmal die Einschätzung der eigenen Krankheit und der eigenen Person in Betracht kommt, aus einer Geldfrage eine Frage des persönlichen Wertes und gewinnt damit eine ganz andere gefühlsmäßige Bedeutung. Andrerseits wird aber hier die Schätzung

der eigenen Person leicht an Stelle der Schätzung des erlittenen Schadens treten, weil gerade bei Hysterischen die persönliche Auffassung die sachliche verdrängt und weil bei ihnen Nachrichten über andere Fälle, in denen die Entschädigung besonders hoch ausgefallen ist, kritiklos auf den eigenen Fall übertragen und die so angeregten Vorstellungen mit außerordentlicher Hartnäckigkeit festgehalten werden. Das Gefühl spielt eben hier eine ganz besondere Rolle und verhindert mit der Einsicht auch das Eingehen auf einen verständigen Vergleich.

Liegt aber in vielen Fällen der Grund, weshalb zum Schaden des Kranken und des Haftpflichtigen eine Einigung nicht zustande kommt und somit die Krankheit verlängert und oft erschwert wird, nicht in Begehrungsvorstellungen, die neben der Krankheit einhergehen, sondern in solchen, die aus der Krankheit mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit hervorgehen, so stützt dieser Zusammenhang die Bestrebungen, die Regelung der Entschädigung von der Zustimmung des Unfallverletzten selbst unabhängig zu machen, sobald nur eine sachgemäße Erledigung gewährleistet scheint. Ich sehe also auch aus diesem Grunde die *Horn*schen Vorschläge als sehr berechtigt an. Ihre Annahme würde einen großen Fortschritt gegen das jetzige Verfahren bedeuten und viel unnütze Kosten, viel Zeit und namentlich den Kranken viel Kämpfe und Leiden ersparen. Solange das Gerichtsverfahren oder später die Gefahr, bei wachsender Leistungfähigkeit die Rente zu verlieren, dem Kranken den Gedanken an dem Unfall immer wieder aufdrängt und es ihm zugleich vorteilhaft erscheinen läßt, sich gehen zu lassen, was ihm ja ohnedies nahe liegt, ist er schon hierdurch einem unheilvollen Einfluß preisgegeben, der den Willen, gesund zu werden, und allen Heilungsversuchen entgegenwirkt. Aber dieser Einfluß wird mächtig gesteigert, wenn in jenen Gedanken auch die Wertschätzung der eigenen Person verflochten wird. Wird nach den Vorschlägen *Horn*s die Möglichkeit gegeben, diesen Vorstellungen die Wurzel abzuschneiden, aus der sie ihre Kraft saugen, so ist die Lage wesentlich günstiger. Bei jenen Kranken, auch den hysterischen, sofern die Hysterie nicht in ausgesprochene Psychose übergegangen ist, ist ja die Fähigkeit nicht ganz erloschen, über die augenblicklich gefühlsbetonten Vorstellungen hinaus auch einen weiteren Zusammenhang zu überblicken und von den mit ihm verbundenen Gefühlen sich in seinem Verhalten leiten zu lassen. Duldete doch sogar Frau X., die

so ganz von Gefühlswallungen in ihrem Tun beherrscht wurde, die ihr sehr lästigen, weil eine gewisse Aufmerksamkeit erfordernden Untersuchungen weiter und forderte sogar zu ihrer Fortsetzung auf, wenn ihr klar wurde, daß sie sonst am nächsten Tage von neuem aufgenommen würden. Und wie oft gelingt es, Hysterische durch eine leise Andeutung, daß etwas, was ihnen unangenehm ist, beim Versagen dieses oder jenes Mittels notwendig würde, nach einer bestimmten Richtung gefügiger zu machen. Die Mithilfe des Kranken, die der Arzt zu wecken sucht, wird bei Annahme der *Horn*schen Vorschläge gerade von der Seite her gefördert, von der unter den gegenwärtigen Verhältnissen der Widerstand ausging, und die Heilungsbestrebungen können an die natürlichen Regungen anknüpfen, die jetzt künstlich in eine falsche Richtung gelenkt werden. Der Unfallneurotiker ist eben in seinem Fühlen und daher auch in seinen Entschlüssen vielfach krankhaft beeinflußt, und je klarer sich der Zusammenhang hiervon mit seinem Verhalten in der Entschädigungsfrage herausstellt, um so eher wird es gelingen, die so segensreiche Unfallgesetzgebung, die in diesem Punkte von falschen Voraussetzungen ausging, von den hierdurch hervorgerufenen Mängeln zu befreien.

Ich fasse zusammen: Die Ablehnung auch billiger Vergleichsvorschläge von seiten Unfallverletzter und das hartnäckige Streben nach unverhältnismäßig hoher Rente ist vielfach nicht oder doch nicht vorwiegend auf das Verlangen nach Geldgewinn zurückzuführen. Mit der Vorstellung der Rente verbinden sich leicht in ungünstiger Weise zwei andere, stark gefühlsbetonte Vorstellungen, die der eigenen Krankheit und die der eigenen Person: die Rente beglaubigt immer von neuem die Schwere der Krankheit und den früheren, nicht nur wirtschaftlichen, sondern auch moralischen Wert der eigenen Person. Ist dieser Zusammenhang eingetreten, so erschwert er ein ruhiges Erwägen und kann dem hysterischen Unfallverletzten den Entschluß unmöglich machen, einem billigen Vergleich zuzustimmen. Da hierdurch langwierige Prozesse mit ihren unheilvollen Folgen veranlaßt werden, ist auch von diesem Gesichtspunkt aus *P. Horn*s Vorschlag größter Beachtung wert, da dessen Durchführung dem Unfallverletzten auch ohne seine Zustimmung und ohne Prozeß eine angemessene Entschädigung gewährleisten würde.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

92. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 20. Juni 1914 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Bernard*, *Beyerhaus*, *Bickel*, *Deiters*, *Dietrich*, *v. Ehrenwall*, *Erlenmeyer*, *Fabricius*, *Fuchs*, *Gerhartz*, *Gudden*, *Günther*, *Hackländer*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Kirsch*, *Liebmann*, *Lückerath*, *Mappes*, *Melsheimer*, *Mœrchen*, *Müller*-Waldbröl, *Neu*, *Neuhaus*, *Orthmann*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pollitz*, *Pollmann*, *Rülf*, *Sauermann*, *Schaumburg*, *Schmitz*, *Schreiber*, *Schroeder*, *Sioli*, *Sommer*, *Steinbrecher*, *Thomsen*, *Thywissen*, *Umpfenbach*, *Ungar*, *von der Helm*, *Wahn*, *Wassermeyer*, *Werner*-Andernach, *Werner* - Bedburg, *Westphal*, *Wex*, *Wiehl*, *Wilhelmy*.

Als Gäste anwesend: Dr. *Billert*-Bonn, Dr. *Jos. v. Ehrenwall*-Ahrweiler, Frl. *E. Künzel*-Bonn, Dr. *Vorbrodt*-Grafenberg.

Bei Beginn der Sitzung begrüßt *Thomsen* im Namen der Anwesenden den Vorsitzenden Herrn Geh. Rat *Pelman*, unter dessen Leitung der Psychiatrische Verein sich in den letzten 25 Jahren immer weiter entwickeln konnte.

Der Vorsitzende macht dann Mitteilung von dem am 7. Dezember 1913 erfolgten Ableben des langjährigen stellvertretenden Vorsitzenden des Vereins, des Geh. Sanitätsrats *Bernard Oebeke* in Bonn (2. XII. 13), und des Kreisarztes Medizinalrat *Thiele*-Cochem (7. III. 14). Dr. *Brandt*-Potsdam ist ausgetreten. An Stelle des Geh. Rat. *Oebeke* wird Geh. Rat Professor *Peretti* in den Vorstand gewählt. — Zur Aufnahme in den Verein haben sich gemeldet: Dr. *Jos. v. Ehrenwall*, Oberarzt der *v. Ehrenwall*schen Anstalten in Ahrweiler, und Dr. *Fritz Jacoby*, Irrenarzt in Sayn.

Auf Antrag von *Mœrchen*-Ahrweiler soll in Zukunft den Kollegen in Form von kurzen Mitteilungen Gelegenheit gegeben werden, über Erlebnisse aus der Praxis, aktuelle Tagesfragen oder dergleichen zu berichten. Doch sollen diese kurzen Mitteilungen vorher beim Schriftführer angemeldet werden und nicht mehr als 5 Minuten in Anspruch nehmen.

Für die Herbstsitzung ist in Aussicht genommen ein Referat über die Bedeutung der Affekte für die Entstehung der Wahnideen, und für



die Sitzung im Juni 1915 über die bisherigen Erfahrungen über die Ehescheidung bei Geisteskranken.

Neu aufgenommen werden: Dr. *Dietrich*, Anstaltsarzt der Prov.-Heilanstalt in Bonn, *Havestadt*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen, *Paul Jacoby*, Volontärarzt der Prov.-Heilanstalt in Bonn, *Köster*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Grafenberg, und *Melsheimer*, dir. Arzt der Irrenanstalt Ebernach bei Cochem a. d. Mosel.

Es folgen die Demonstrationen und Vorträge:

Westphal-Bonn: Über Fehlen aller Sehnenreflexe ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems (Krankendemonstration).

Der 60jährige B. Fr. befindet sich seit 27 Jahren in der Bonner Anstalt. Über hereditäre Belastung ist ebensowenig wie über eine syphilitische Infektion etwas bekannt. Schon bei der Aufnahme des Pat. im Jahre 1887 wurde Fehlen der Patellarreflexe konstatiert. Über das Verhalten der andern Sehnenreflexe finden wir in der damaligen Krankengeschichte keine Angaben. Alle anderweitigen Zeichen einer Erkrankung des Nervensystems, insbesondere auch neuritische Erscheinungen, fehlten. Was das psychische Verhalten des Pat. anbetrifft, handelte es sich um einen Schwachsinn, der sich im 20. Lebensjahre bei dem Pat. entwickelt haben und langsam zugenommen haben soll. Die weitere Entwicklung des Leidens, die im Laufe der Jahre zu völliger Gemütsstumpfheit mit ausgesprochenen Stereotypien in Worten und Handlungen geführt hat, zeigte, daß Pat. an Dementia praecox leidet. Die somatische Untersuchung ergibt jetzt Fehlen aller Sehnenreflexe an oberen und unteren Extremitäten. Die Kniephänomene sind bei zahlreichen Untersuchungen niemals, auch bei Anwendung aller Kautelen und bahnenden Reize (kalte Bäder) auch nur spurweise hervorzurufen gewesen. Eine eingehende Untersuchung des Nervensystems zeigt sonst keine Abweichung von der Norm, insbesondere verhalten sich die Pupillen, die Sensibilität, Blasen- und Mastdarmfunktion völlig intakt. Es handelt sich also um einen Fall, bei dem seit fast drei Dezennien das Fehlen aller Sehnenreflexe die einzige Abnormität am Nervensystem darstellt, wenn wir von den psychischen hebephrenischen Störungen absehen. Ein Zusammenhang zwischen dieser Psychose und dem Fehlen der Sehnenreflexe ist nicht anzunehmen.

Es handelt sich demnach bei dem p. Fr. sehr wahrscheinlich um ein angeborenes Fehlen der Sehnenreflexe, und es wirft sich die Frage auf, ob nicht vielleicht irgendein Zusammenhang dieser auffallenden Erscheinung mit einer weit zurückliegenden syphilitischen Infektion [1], in dem vor-

[1]) Diese Frage erscheint von besonderem Interesse, nachdem in jüngster Zeit *Meggendorfer* (Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkd. 51. Bd. 1914) auf Grund seiner Erfahrungen wiederum den Gedanken anregt, ob nicht



liegenden Falle, also wohl mit einer hereditären Lues, anzunehmen ist, in ähnlicher Weise wie in nicht so seltenen Fällen die reflektorische Pupillenstarre als einziges Zeichen einer vorausgegangenen Syphilis des Zentralnervensystems angetroffen wird.

Es wurde auf Grund dieser Überlegung auf meine Veranlassung das Blut und der Liquor des Pat. im letzten Jahre mehrfach sorgfältig durch Herrn Oberarzt Dr. *Sioli* untersucht. Das Resultat dieser Untersuchungen war, daß die Wa.-R. im Blut und im Liquor auch bei der Auswertungsmethode mit größeren Liquormengen negativ war und auch nach provokatorischen Salvarsaninjektionen, die auf Anraten von Herrn Kollegen *E. Hoffmann* vorgenommen wurden, negativ blieb. Ebenso fiel die Reaktion nach *Nonne-Apelt* negativ aus; eine Pleozytose ließ sich nicht konstatieren. Der Nachweis einer syphilitischen Infektion war also in dem vorliegenden Falle nicht zu erbringen, so daß die schon früher von *Oppenheim* [1]), *Sommer* [2]) und *Kölpin* [3]) in analogen Fällen ausgesprochene Ansicht an Wahrscheinlichkeit gewinnt, daß wir es mit einer angeborenen Anomalie, vielleicht auf erblicher Degeneration beruhend, zu tun haben. Wir müssen uns nur darüber klar sein, daß mit der Annahme einer hereditär degenerativen Grundlage des Fehlens der Sehnenreflexe, die eigentliche Ursache der Reflexstörung, insbesondere die Frage, ob dieselbe eine funktionelle oder eine organisch bedingte ist, nicht klargelegt wird. Die anatomische Untersuchung des Rückenmarks in Fällen mit fehlenden Sehnenreflexen ohne sonstige nachweisbare Erkrankung des Nervensystems ist die notwendige Vorbedingung zur Beantwortung der aufgeworfenen Frage, deren Klarlegung bei der außerordentlichen Seltenheit der einschlägigen Fälle nicht so leicht zu erzielen sein wird. Wie selten diese Fälle sind, geht wohl aus der Ausführung *Oppenheims* (a. a. O.) hervor, welcher sagt:

„Aus ganz vereinzelten Beobachtungen (*Bloch*, *Oppenheim*, *Weimersheim*, *Mainzer*) scheint es hervorzugehen, daß das Kniephänomen auch einmal von Geburt an fehlen, das *Westphal*sche Zeichen zu den angeborenen Stigmata degenerationis gehören kann. Es trifft das aber jedenfalls so überaus selten zu, daß mit dieser Tatsache in praxi kaum zu rechnen ist."

Der vorliegende Fall ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil er — soweit ich die Literatur übersehen kann — die einzige über eine so lange

---

gewisse Fälle von Dementia praecox infolge von Keimschädigung durch Lues der Eltern determiniert sein können, und dazu auffordert, die neuen feinen Methoden (Wa.-R. und Luetin-Reaktion) zur Beantwortung dieses Problems heranzuziehen.

[1]) *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1913, I. T., S. 139.

[2]) *Sommer*, Über das *Westphal*sche Zeichen als Merkmal der erblichen Degeneration. Mtschr. f. Psychiatrie Bd. 10.

[3]) *Kölpin*, Fehlen der Sehnenphänomene ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems. D. med. Wchschr. 1907, Nr. 44.



Zeit — fast drei Dezennien hindurch — fortgesetzte Beobachtung darstellt, in der das Fehlen der Sehnenreflexe die einzige klinisch nachweisbare Erscheinung einer Erkrankung des Nervensystems geblieben ist.

Wassermeyer-Bonn: Über pathologischen Rausch.

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 20 Marineangehörige, die in der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel beobachtet und begutachtet wurden. Es handelt sich um 13 Mannschaften und 7 Offiziere bzw. Offiziersaspiranten. Bei ersteren verlief der pathologische Rausch in Form heftiger Erregung mit sinnlosem Wüten und Angriffen auf die Umgebung, bei letzteren als Dämmerzustand mit Begehung sexueller Delikte teils perverser Art. Als Disposition lag bei den Mannschaften 4mal Epilepsie, je 3mal Hysterie, Imbezillität und Psychopathie vor, dazu kamen als erschwerende Momente: Trauma, körperliche Erkrankungen, Arreststrafen. 6 waren erblich belastet, bei 4 war der Vater Potator, 1 war unehlich geboren. 5 waren chronische Alkoholisten, 6 alkoholintolerant. Bei den Offizieren fanden sich 3 Neurastheniker, je 1 Hysterischer und Imbeziller und 2 Psychopathen; die Disposition verstärkend wirkten Trauma, körperliche Erkrankung, Depressionen, Überarbeitung, vorangegangene Alkoholabstinenz. 6 waren erblich belastet, beim 7. bestand Blutsverwandtschaft der Eltern, 3 waren chronische Alkoholisten, 4 intolerant gegen Alkohol. Nur 2 von den 20 waren von der Umgebung für schwerer angetrunken gehalten worden, die meisten erschienen nur angeheitert, leicht angetrunken, 4 wurden als nicht betrunken bezeichnet. Bei 5 Mannschaften und 4 Offizieren sind auch früher schon Zustände beobachtet worden, die den Verdacht auf pathologischen Rausch erwecken.

(Erscheint in extenso an anderer Stelle.)

In der Diskussion sagt

Moerchen-Wiesbaden: Von besonderem Interesse erscheint die Mitteilung des Vortr., daß von 7 Offizieren mit pathologischen Rauschzuständen 6 homosexuelle Delikte begingen, ohne daß sie sonst Zeichen von wirklicher Homosexualität geboten hatten. Mir sind einige analoge Fälle bekannt: Männer, die im nüchternen Zustand niemals Neigung zu pseudohomosexuellen Notakten oder ähnlichem zeigten, geschweige denn an echter Homosexualität litten, machten in der Trunkenheit alle möglichen obszönen Geschichten mit jungen Burschen und brachten sich dadurch in die größten Unannehmlichkeiten, teilweise auch gerichtlicher Natur. Es erinnert das an die Fälle „tardiver Homosexualität" bei Tabikern, deren ich 2 in der Ztschr. f. Sexualwissenschaft beschrieben habe. Was allen diesen Fällen m. E. gemeinsam ist, das ist eine gewissermaßen retrograde sexuelle Entwicklung unter dem Einfluß von zentral wirkenden Schädigungen: die ursprüngliche bisexuelle Anlage, die durch Ausbildung höherer sexueller Charaktere bei gesunder Persönlichkeitsentwicklung zugunsten einer rein heterosexuellen Neigung unterdrückt wurde, macht



sich wieder geltend, wenn die letztere durch gewisse zentrale Veränderungen an Prävalenz verliert. — Solche Fälle haben ein nicht geringes wissenschaftliches und auch praktisches Interesse besonders forensischer Art und sollten gründlich beobachtet werden.

Rülf-Bonn: I. Ein Fall von familiärem Rindenkrampf.

Vortr. stellt einen jungen Mann aus einer Familie vor, in welcher eine Anzahl Mitglieder an einer eigentümlichen Krampfform leidet. Der Krampf tritt hauptsächlich ein, wenn Pat. sich plötzlich von der Stelle bewegen soll. Es beginnt mit einem „Ziehen" im linken Fuß, das sich ins Bein fortsetzt, auf die entsprechende Rumpfhälfte übergeht, dann in den linken Arm bis zur Hand ausstrahlt, manchmal auch die linke Gesichtshälfte befällt und in Mund und Zunge endigt. Der Krampf ist bei dem vorgestellten Familienmitglied ein rein tonischer. Das Befallenwerden der einzelnen Gliedabschnitte in der aufgezählten Reihenfolge weist darauf hin, daß wir es nicht mit einem peripher, sondern einem zentral ausgelösten Krampf zu tun haben. Doch ist die Ursache des Krampfes nicht eine organische Veränderung im motorischen Zentrum, wofür Anhaltpunkte nicht vorliegen und was auch schon das Ergriffensein von 4 Familienmitgliedern durch dieselbe Krampfform von vornherein unwahrscheinlich macht. Wir haben vielmehr einen funktionellen Reizzustand im motorischen Zentrum anzunehmen, der beim Vater der Familie und dreien seiner Kinder zu den Krämpfen führt und der besonders bei plötzlicher oder längerer Inanspruchnahme der motorischen Zentren — schnell einsetzender oder länger fortgesetzter Gehakt — auftritt. Die Krämpfe sind nicht als hysterische im eigentlichen Sinne aufzufassen, wenn auch psychogene Momente bei deren Auslösung manchmal eine Rolle spielen. Die Krämpfe befallen auch nicht jedesmal die Gesamtheit der Gliederabschnitte einer Körperhälfte, häufig beschränken sie sich nur auf das Bein oder den Arm, sie gehen aber auch manchmal auf die andere Körperhälfte über. Eine Schwester des vorgestellten Pat. bekommt häufig nur tonischen Krampf in den Armen, z. B. bei längerem Klavierspielen oder beim Auswringen der Wäsche. Sehr grotesk gestaltet sich der Krampf bei einem Bruder des Pat., den wir zu Gesicht bekamen. Als er im Wartezimmer sitzend vom Vortr. plötzlich zum Eintreten ins Untersuchungszimmer aufgefordert wurde, stand er vom Stuhl auf, wankte und stolperte mit eingeknickten Knien, als wenn er zu Fall kommen wollte, ins Zimmer herein, richtete sich dann an der gegenüberliegenden Wand, zum Stillstand kommend, wieder auf und schlug dann ½—¾ Minuten lang mit den Armen wild um sich. Die psychogene Komponente machte sich bei diesem Krampfanfall in der ungeregelten Form des Krampfes kund. Seine Lebensführung kennzeichnet ihn als Psychopathen. Beim Vater, dessen Krämpfe den Kindern noch lange verborgen blieben, als schon bei diesen die Krämpfe ausgebrochen waren, so daß



aus diesem Grunde eine psychische Infektion übrigens ausgeschlossen erscheint, beschränkt sich der tonische Krampf allein auf den linken Fuß. Eine Tochter, die im Gegensatz zu ihrer vom Krampf befallenen Schwester ausgesprochen hysterischen Charakter zeigt, bleibt von den Krämpfen verschont. Bemerkenswert aus der Anamnese der Familie ist, daß der Großvater väterlicherseits Alkoholist war, und daß in einem Seitenzweig der Krampffamilie ein Fall von Epilepsie vorhanden ist. Vortr. hält es für möglich, daß durch den Potus des Großvaters eine Überreizbarkeit der motorischen Region gesetzt wurde, die in der einen Linie der Abkömmlinge, wie gewöhnlich, zur Epilepsie, in der andern nur zu einem funktionellen Reizzustand der motorischen Region führte, der sich dann bei einer ganzen Anzahl von Deszendenten zugleich bemerkbar macht. — Einen ähnlichen Fall von familiär auftretenden Krämpfen hat *Trömner* beobachtet, der aber seinem Fall eine andere Deutung gibt. Es gelang bei dem vorgestellten Pat., Krämpfe sowohl im linken Fuß wie im linken Arm auszulösen. Der Fall dieser Krampffamilie ist vom Vortr. ausführlich veröffentlicht unter dem Titel: Der familiäre Rindenkrampf. Archiv für Psychiatrie Bd. 52, Heft 2.

2. Durch Suggestion behobener Fall von Amenorrhoe.

Pat., 30 Jahre alt, unverheiratet, ist im Juli vorigen Jahres auf dem Felde von einem Schmied überfallen worden. Sie wurde durch eine Anzahl Schläge mit dem Schmiedehammer auf den Kopf und ins Gesicht, wodurch ihr die Vorderzähne des Oberkiefers ausgeschlagen wurden, betäubt und sodann geschlechtlich mißbraucht. Sie war bis zum Abend bewußtlos und hat die folgenden Tage erbrochen. Sie klagt über eine Reihe von Beschwerden, Schmerzen im Leib, Kopfschmerzen, Schwindel, schlechten Schlaf, aus dem sie häufig aufschreckt, Zittern, Appetitlosigkeit usw., sie habe ein elendes Gefühl am Herzen und müsse immer an das ihr zugestoßene Unglück denken. Außerdem ist seit der Zeit die Regel ausgeblieben, so daß Pat. fortdauernd von der Angst geplagt wird, sie wäre gravid. Auch die gynäkologische Untersuchung, welche völlig normalen Befund und keine Anzeichen für Gravidität ergab, konnte sie hierüber nicht beruhigen. Da sie sich immer elender fühlte, alle Kuren aber, welche mit ihr vorgenommen wurden, zu keinem Erfolg führten, entschloß sie sich, die hiesige Poliklinik für Psychisch- und Nervenkranke aufzusuchen. Die körperliche Untersuchung ergab, außer herabgesetzter Schmerzempfindung am ganzen Körper, recht lebhaften Reflexen, beschleunigter Herztätigkeit (120 Pulsschläge pro Minute) und auffallend feuchten Händen, die auch in der Folge stets zu konstatieren waren, nichts Wesentliches. Von Stigmaten ist nur der Globus zu erwähnen, über den Pat. klagte. In ihrem Wesen hatte sie etwas Weiches, Eindruckfähiges, und dieser Umstand veranlaßte Vortr., der Pat. eine stationäre Behandlung in der Nervenklinik vorzuschlagen in der Absicht, durch suggestive Therapie eine Besserung, womöglich Heilung herbeizuführen. Pat., die dem Rate



folgte und am 14. V. d. J. in die Klinik eintrat, erwies sich auch hier für hypnotische Beeinflussung sehr zugänglich. Es gelang bald, durch die entsprechenden Vorstellungen ihre Stimmung zu heben und vor allem die zwangsmäßig auf das an ihr verübte Stuprum gerichteten Gedanken zu beseitigen. Vortr. bediente sich dazu des Hinweises auf ihre Unbescholtenheit und Schuldlosigkeit an dem ihr widerfahrenen Unglück und auf die Achtung, die man ihr vor wie nach der Vergewaltigung entgegenbringt. Nachdem es so gelungen war, Pat. in ruhige Stimmung zu versetzen, versuchte Vortr. sie auch von der noch immer — 10 Monate nach dem Stuprum! — vorhandenen Angst vor Gravidität zu befreien. Es schien dafür kein besseres Mittel zu geben, als durch hypnotische Beeinflussung die Menstruation hervorzurufen, wie es nach glaubwürdigen Mitteilungen in der Literatur bereits in einer Anzahl von Fällen gelungen war. Am 27. V. wurde Pat. wieder in Hypnose versetzt und ihr suggeriert, daß sie in 3 Tagen sich unwohl fühlen und die Regel wieder eintreten werde. Als am 3. Tage Vortr., der wegen des zweifelhaften Ausganges kaum noch an den suggerierten Befehl dachte, Pat. wieder besuchte, empfing sie ihn sofort mit der Nachricht, daß die Regel wieder eingetreten wäre. Sie dauerte etwa 3 Tage, war nicht besonders stark — Pat. will nie stärker menstruiert gewesen sein —, war aber unzweifelhaft, wie die unauffällige Kontrolle durch die Schwester bestätigte, vorhanden. Vortr. weist auf die physiologische und psychologische Seite der gelungenen Beseitigung der Amenorrhoe hin. Was die erstere betrifft, so scheint dem Vortr. nach den Erfahrungen, welche man neuerdings mit der suggestiven Beeinflussung angiospastischer Phänomene gemacht hat, ein Verständnis für den physiologischen Vorgang gegeben zu sein. Wie an andern peripheren Stellen des Körpers, Gesicht und Händen durch starke asthenische Affekte angiospastische Phänomene (Erbleichen) eintraten, so könne man sich wohl vorstellen, daß durch den Affekt des Entsetzens bei der Ausübung des Stuprum in der Uterinschleimhaut, die ja auch in gewissem Sinne als peripheres Organ betrachtet werden könne, ein angiospastisches Phänomen auftrete, das sich dauernd etabliere und zu dem Menstruationsvorgange nicht kommen lasse. Durch die hypnotische Beeinflussung läßt sich die Lösung des Angiospasmus und die Blutung erklären. Etwaige Schwierigkeiten, die sich aus den neueren Theorien über den zeitlichen Zusammenhang zwischen Ovulation und Menstruation für die Erklärung eines auf suggestivem Wege herbeigeführten bestimmten Menstruationstermins ergeben, müssen wir natürlich der Theorie zu lösen überlassen. Wir haben uns zunächst an die Praxis zu halten, die eben die Möglichkeit zeigt, Menstruation suggestiv auf einen bestimmten Tag hervorzurufen. Was die psychologische Seite betrifft, so weist Vortr. darauf hin, daß wohl durch keine der sonstigen psychotherapeutischen Methoden ein derartiger Effekt hervorgerufen werden könnte. Weder die *Breuer*sche kathartische Methode, die übrigens in gewissem Sinne mit den ersten Hypnosen vom



Vortr. auch angewandt wurde, noch die *Freud*sche psychoanalytische Methode, für deren Anwendung in dem vorliegenden Falle gar keine Veranlassung vorliegt, noch die *Dubois*sche Methode der Überzeugung, für welche sich in unserem Falle ebensowenig eine Handhabe bietet, noch überhaupt irgendeine andersartige psychische Heilmethode ist imstande, einen solchen Effekt herbeizuführen. Damit erweist sich die Hypnose von neuem als ein in bestimmten Fällen unersetzbares und wissenschaftlich berechtigtes Heilverfahren.

Pat. ist inzwischen noch 3mal menstruiert, so daß jeder Zweifel an dem Erfolg der Hypnose ausgeschlossen ist. D e 3 Menstruationen traten in Abständen von 3 Wochen von der ersten suggestiv herbeigeführten Menstruation auf. Auch früher soll die Regel alle 3 Wochen eingetreten sein. Pat., die erst am 21. VII. die Klinik endgültig verließ, bekam jedesmal einige Tage vor Eintritt der Regel spezifisches Unwohlbefinden; das letzte Mal mußte sie sich zu Bett legen. Nur war die Blutung geringer als das erste Mal, die Ausscheidung selbst farbloser. Vielleicht wird sich durch Wiederholung der hypnotischen Beeinflussung, deren Nachwirkung mit der Zeit sich abschwächen dürfte, eine Verstärkung der Blutung herbeiführen lassen. Pat. wird noch weiter poliklinisch beobachtet.

Lückerath-Bonn demonstriert das Gehirn eines an Magenblutung gestorbenen Pat. der Bonner Anstalt. Der erblich schwer belastete Mann hatte sich im Jahre 1886 im Alter von 41 Jahren in einem melancholischen Stadium 3 Revolverkugeln in den Kopf geschossen. Nachdem die ersten akuten Erscheinungen (Bewußtlosigkeit, Pulsverlangsamung) geschwunden waren, blieb ein eigenartiger Zustand von geistiger Schwäche, der sich nicht auf alle geistigen Gebiete erstreckte, mit katatonen Symptomen, Manieriertheit, Stereotypie usw. lange Jahre bestehen. Merkwürdig war eine partielle retrograde Amnesie; so wußte der Pat. z. B. nicht mehr, daß er seit Jahren verheiratet war. Etwa 5 Jahre nach der Schußverletzung traten Anfälle von Bewußtseinstörung (Schwindel und epileptische Krampfanfälle) auf; anfangs ein- bis zweimal im Jahre, später etwas häufiger. Regelmäßig trat bei den Anfällen eine mehrere Stunden dauernde Anästhesie des ersten und zweiten linken Trigeminusastes auf. In den letzten Jahren verblödete der Pat. immer mehr. Es hat sich wohl um eine Katatonie gehandelt, die mit mehrfachen melancholischen Verstimmungen begonnen hat, und deren Verlauf durch die Schädelverletzung wohl nur wenig beeinflußt worden ist. Die Anfälle von Anästhesie der beiden Trigeminusäste wiesen auf eine Läsion des Ganglion Gasseri hin.

Die Obduktion ergab ein Stück Metall von fast Linsengröße im vorderen Abschnitt der rechten mittleren Schädelgrube; es lag fest im Knochen. Auf der linken Seite befand sich an der Spitze der Schläfenbeinpyramide ein bräunliches Metallstück dicht unter dem Knochen in der Gegend des Ganglion Gasseri. Schließlich befand sich eine Kugel im



hinteren Abschnitt des linken Schläfenlappens dicht unter der Pia. An der Basis waren beide Schläfenlappen in fast Dreimarkstückgröße zerstört.

Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus; ob sie einen eindeutigen Befund ergeben wird, ist fraglich, da senile Veränderungen bei dem Pat., der an Magenblutung infolge von arteriosklerotischen Veränderungen gestorben ist, wahrscheinlich vorliegen.

Werner-Bedburg schildert seine Eindrücke beim Besuch von 15 englischen Irrenanstalten und zwei Ausflüge ins Gebiet der schottischen Irrenpflege. In England und Schottland herrscht fast überall noch im Anstaltsbau das Korridorsystem mit sehr großen Blocks, allerdings ist die Inneneinrichtung vorzüglich und der Blumenschmuck auch auf den Wachsälen verschwenderisch. Bequeme Liege- und Polsterstühle sparen viel Bettbehandlung. Wie bei uns der Hauptwert auf die Badetherapie gelegt wird, so in England auf die Freiluftliegekur, die in breiten und schönen Veranden und Gartenhäuschen betrieben wird. Überhaupt wird viel mehr Raum gegeben als bei uns. Der Bettabstand betrug in einigen Anstalten 1,80—2,00 m. Die Behandlung unterscheidet sich von der unsrigen durch die oft angewandte Isolierung, nötigenfalls in gepolsterten Gummizellen, die aber stets gut imstande waren. Dagegen ist die Packung gesetzlich verboten und daher unbekannt; dafür findet aber wieder gelegentlich mechanische Beschränkung statt. — In England schlafen die Pflegerinnen stets in besonderen nurse-homes, die recht gut, in Schottland luxuriös eingerichtet sind. In Schottland wird nämlich jeder bettlägerige Kranke von weiblichem Personal gepflegt, von dem zwei Drittel den gebildeten Ständen angehören. Dieses Personal wird sorgfältig geschult, muß zwei Examina bestehen und bezieht hohes Gehalt. Die Stellung der Ärzte ist schlechter wie bei uns: keine feste Anstellung, Familienwohnung bisweilen nur für den Direktor, höchstens noch die beiden Oberärzte, ein Arzt kommt auf 300—400 Kranke. Gehaltsverhältnisse etwa den unsrigen entsprechend, doch steigt das Direktorgehalt von 11 000—20 000 M. Bei der schottischen Familienpflege scheidet der Kranke aus der psychiatrischen Behandlung aus, die der Ortsarzt für ein Pauschale von 20 M. übernimmt. Für die sonstigen Bedürfnisse sorgt ein Inspector of poor der Zentralverwaltung. Bei Glasgow werden Geisteskranke und Invaliditätskranke in denselben Familien untergebracht, ohne daß dadurch Schwierigkeiten entstehen, doch sind die Kranken da zuweilen arg zusammengepfercht. Die Kriminellen kommen in Schottland in das Annex vom Gefängnis zu Perth, in England in besondere Anstalten. Die neueste Anstalt, erst zum Teil belegt, Rampton, ist nicht modernen Anschauungen entsprechend erbaut und befriedigt wenig; es sollen 800 Kranke dorthin kommen.

(Der Vortrag erscheint anderweitig ausführlich.)

Auf Anregung von *Ungar*-Bonn findet dann ein lebhafter Meinungsaustausch statt über die Gestaltung der von den öffentlichen Irrenanstalten



gemäß § 81 StPO. und § 656 ZPO. zu erstattenden Gutachten. An der Diskussion beteiligen sich: *Ungar*, *Hübner*, *Aschaffenburg*, *Lückerath*, *Thomsen*, *Peretti*, *Herting*, *Fabricius*, *Sauermann*.

Hübner-Bonn: Über paranoide Erkrankungen.

Seit der großen Debatte im Jahre 1894 (*Cramer-Boedeker*) ist das Problem der Abgrenzung der paranoiden Erkrankungen nie ganz zur Ruhe gekommen. In den letzten Jahren haben *Specht*, *Bleuler*, *Bonhoeffer*, *Birnbaum*, *Sieffert* u. a. dazu Stellung genommen. Eine umfangreichere und regere Aussprache schloß sich dann an die Ausführungen *Kraepelins*.

Es ist nun bemerkenswert, daß auch diese Studien zu keiner Einigung geführt haben. Während einige Autoren fast uneingeschränkte Bestätigungen der Ansichten *Kraepelins* brachten (z. B. *v. Hoesslin*), wichen andere (*Stransky*) in ihren Ergebnissen erheblich von denen *K*.s ab.

H. meint, daß die Verschiedenheit der Ergebnisse mindestens zum Teil durch Besonderheiten des studierten Krankenmaterials bedingt seien. Das zeige sich z. B. auch bei Durcharbeitung der Bonner Krankengeschichten.

Die Bonner Anstalt und Klinik bekommt ungefähr zur Hälfte Großstädter, zum andern Teil Landbewohner zur Aufnahme. Paranoide Erkrankungen sind dabei nicht allzu häufig, kommen aber öfter vor als in andern Gegenden.

H. hat sich nun 4 Fragen vorgelegt:

1. Gibt es eine akute (besser gesagt: heilbare Form der) Paranoia? *H*. hat einige Fälle gesehen, die nicht zum zirkulären Irresein gehörten, später ausheilten und symptomatologisch von einem paranoischen Symptomenkomplex beherrscht wurden.

2. Welche Merkmale sind der chronischen Paranoia zuzubilligen? Die Persönlichkeiten, welche später von einer Paranoia befallen werden, stellen einen einheitlichen Typ nicht dar. In der Aszendenz der Kranken fanden sich oft Psychopathen, seltener ausgesprochen Geisteskranke.

Die Entwicklung des Leidens erfolgte aus inneren Ursachen heraus. Sie beginnt mit einer „Veränderung der Eigenempfindung" (*Moeli*), basierend auf einer Änderung der Erregbarkeit des Gehirns.

Psychologisch entstehen die Wahnideen aus der Charakteranlage heraus, auf parakritischem Wege (*Stransky*), nicht immer nur langsam, sondern mitunter innerhalb weniger Wochen. Trugwahrnehmungen fehlten in keinem unserer Fälle. Ihr Nachweis war mitunter schwer. Es handelte sich teils um Illusionen, teils um Halluzinationen. Ein Zusammenhang der Sinnestäuschungen mit dem „System" war nicht immer zu erkennen (ein Umstand, der u. E. keinen Grund für die Abtrennung dieser Fälle von der Paranoia abgibt).

Größen- und Verfolgungswahn sind koordinierte Erscheinungen. Das



Mischungsverhältnis beider hängt wohl von der Verschiedenheit der Charakterveralangung ab.

Der Verlauf der Fälle war fast ausnahmlos ein chronischer. Einige Male wurden schubweise Verschlimmerungen beobachtet. Gelegentlich traten die Halluzinationen etwas zurück.

Die Unerschütterlichkeit des Wahns bildete die Regel. Bisweilen wurde vorübergehende und unvollständige Krankheitseinsicht beobachtet.

Heilung wurde nie festgestellt, ebensowenig Verfall in Demenz. Mit zunehmendem Alter verfocht der größere Teil der Kranken seine Wahnvorstellungen allerdings nicht mehr mit der gleichen Lebhaftigkeit wie im Beginn des Leidens.

3. Wenn wir die Paranoia in dem eben skizzierten Sinne abgrenzen, dann bleiben zahlreiche Fälle übrig, die nicht dazu gehören! Wie sollen diese nun rubriziert werden? *Kraepelin* hat sie in der Gruppe der Paraphrenien zusammengefaßt und vier Unterabteilungen unterschieden. Unser Material, das, wie besonders betont sei, ziemlich gleichartig ist, würde einstweilen etwa folgende Einteilung rechtfertigen:

a) Der Paranoia chronica am nächsten stehen die von *Friedmann*, *Gaupp* u. a. beschriebenen Formen, gekennzeichnet dadurch, daß Personen mit abnormer Charakterveranlagung (ein Teil von ihnen wäre im Sinne von *Gaupp* als depressiv-paranoisch veranlagt zu bezeichnen) bald rasch, bald langsam auf parakritischem Wege zu einem zirkumskripten Wahnsystem gelangen, das im Höchststadium auch mit Sinnestäuschungen einhergehen kann. Nach einiger Zeit blaßt der die Krankheit begleitende Affekt ab, die Pat. handeln nicht mehr ihrem Wahn gemäß, es kommt u. U. zur Korrektur eines Teiles der pathologischen Vorstellungen, man vermißt auch die Weiterentwicklung. Restlose Heilung im klinischen Sinne tritt aber nicht ein. Bemerkenswert ist, daß der einmal ausgebildete Wahn nicht so unerschütterlich ist. Auch auf dem Höhestadium der Erkrankung gelingt es mitunter, den Pat. in seinem Urteil, wenn auch nur vorübergehend, schwankend zu machen.

Wenn der Wahn auf das Handeln der Kranken seinen ursprünglichen Einfluß verliert — wie *Gaupp* mit Recht betont —, so ist deshalb aber nicht etwa eine „Verblödung" im Sinne der Dementia praecox eingetreten. Dafür spricht schon der Umstand, daß ein großer Teil dieser Fälle entweder überhaupt nicht in die Anstalt kommt oder doch wenigstens rasch wieder entlassen werden kann, daß viele von ihnen trotz der unvollständigen Korrektur des Wahns ihrem Beruf nachgehen, ohne daß die Umgebung etwas von der Krankheit merkt, daß die Pat. auch am Leben Anteil nehmen und doch, abgesehen von ihren pathologischen Vorstellungen, in sich geschlossene Persönlichkeiten bleiben, die allerdings verschroben erscheinen können.

Bei einem kleinen Teil der Fälle ist diese Verschrobenheit so stark ausgeprägt und verbindet sich so mit starkem Mißtrauen, daß der Kranke



dauernder Anstaltspflege bedarf. Die ewigen kleinen Reibereien auf der Abteilung und die Art, wie der Kranke sich auf der Abteilung beschäftigt, beweisen dann aber immer wieder, daß ein Zerfall der Persönlichkeit nicht eingetreten ist.

Mit *Friedmann* ist ferner hinzuzufügen, daß einige dieser Fälle später zu einem starren paranoischen Wahnsystem gelangen. Bei einem unserer Kranken geschah das in der Weise, daß er nach einem akuten Stadium den Wahn teilweise korrigierte, ruhiger wurde, in den Beruf zurückkehrte, also im *Friedmann*schen Sinne geheilt war, und nach 1½ Jahren allmählich wieder kränker wurde, bis schließlich ein richtiges unerschütterliches chronisches Wahnsystem vorhanden war.

Einen Teil der geschilderten Fälle könnte man in der von *Kraepelin* als Paraphrenia systematica bezeichnete Gruppen unterbringen, wenn man in der später erfolgenden Abblassung des Affektes ein Zeichen von geistiger Schwäche sehen will, was ich nicht ohne weiteres tun möchte.

b) Das Gegenstück zu den bisher besprochenen Fällen bilden solche, in denen das Krankheitsbild von Halluzinationen beherrscht wird. Auch da kommt es zu einer gewissen Systematisierung. Ein Zerfall der Persönlichkeit bleibt aus, im Gegenteil ziehen mitunter die Kranken aus ihren Wahnvorstellungen und Halluzinationen recht bedenkliche Konsequenzen und setzen sich mit ihren Stimmen stets mit dem gleichen Affektaufwand auseinander.

In nicht wenigen Fällen handelt es sich inhaltlich um sexuelle Vorstellungen.

Hierher gehören, wie ich glaube, die Involutionsparanoia *Kleists*, ferner die von *Seelert* u. a. beschriebenen Fälle. Gemeinsam ist diesen Krankheitbildern, daß sie zu den Involutionsvergängen, vielleicht auch zu Alterserkrankungen des Gefäßsystems in Beziehung zu stehen scheinen.

Schließlich sind auch wohl nicht wenige der von *Kraepelin* als Paraphrenia phantastica, von andern Autoren als paranoide Demenz bezeichneten Fälle unterzubringen, nämlich die, bei denen zwar die Wahnbildung und der Inhalt der Halluzinationen ungeheuerliche Formen annimmt, ohne daß deshalb die der Dementia praecox eigentümliche Veränderung der Persönlichkeit und katatone Erscheinungen auftreten.

Da es sich auch bei dieser Gruppe vielfach um Menschen handelt, die von Jugend auf psychopathische Züge aufwiesen, so darf man sich nicht wundern, daß in den späteren Stadien der Erkrankung bisweilen Verschrobenheiten auffallen, die zu Verwechslungen mit schizophrenen Symptomen Anlaß geben können, wenn man nur das Zustandsbild und nicht die ganze Biographie des Kranken berücksichtigt.

c) Waren es in den bisher besprochenen beiden Gruppen der Wahn und die Trugwahrnehmungen, welche dem Krankheitbilde seine Eigenart verliehen, so ist jetzt der Paraphrenia expansiva *Kraepelins* zu gedenken, bei der eine mäßige Erregung und manisch gefärbte Stimmung,

mitunter sogar eine gewisse an Ideenflucht erinnernde Sprunghaftigkeit des Denkens mit Verfolgungs- und Größenwahn sowie Sinnestäuschungen verbindet, ohne daß man wirkliche Beweise für die Zugehörigkeit zum zirkulären Irresein hätte, denn es handelt sich, wie *Kraepelin* richtig hervorhebt, um einmalige Erkrankungen. Die Wahnvorstellungen bestehen dauernd und bleiben unkorrigiert. Es fehlen Stimmungsschwankungen im Sinne des manisch-depressiven Irreseins.

Mit *Stransky* möchte ich übrigens bei dieser Gruppe hinzufügen, daß es neben den expansiven Psychosen auch depressive gibt, die nicht zum zirkulären Irresein zu rechnen sind und hierher gehören.

d) Mit den eben geschilderten drei Gruppen ist unser eigenes Material fast erschöpft. Einen der konfabulierenden Paraphrenie im strengen Sinne gleichenden Fall haben wir unter unseren Kranken nicht gehabt. Ich möchte aber nicht unterlassen, hinzuzufügen, daß wir zweimal aus einem *Ganser*schen Dämmerzustande heraus sich ein paranoides Zustandsbild entwickeln sahen, in dem Konfabulationen eine beträchtliche Rolle spielten.

Hinzuzufügen ist dieser Einteilung noch zweierlei, nämlich 1. daß diese Psychosen der Paranoia trotz mancher Unterscheidungsmerkmale ziemlich nahe stehen, und 2. daß es zwischen den einzelnen Unterabteilungen Übergangsfälle gibt.

Die Querulanten, welche bisher nicht erwähnt wurden, gehören zum kleinsten Teil zur echten Paranoia, die größere Mehrzahl verteilt sich auf die Paraphrenien, die psychogenen Störungen und die abnormen Charaktere.

4. Was bleibt schließlich von der Dementia paranoides übrig?

Die hierzu gehörigen Krankheitbilder möchte Vortr. folgendermaßen charakterisieren:

1. Am reinsten sind wohl die nicht sehr häufigen Fälle, in denen sich zunächst, vorwiegend kombinatorisch, jedoch unter raschem Hinzutreten von Halluzinationen, eine Art Wahnsystem herausbildet, das nach einigen Monaten, mitunter auch erst nach mehreren Jahren, bald rascher, bald langsamer, zu völligem Zerfall der Persönlichkeit führt. Es sind vorwiegend jugendliche Individuen, die uns mit derartigem Krankheitverlauf begegnet sind. Die von *Flügge* seinerzeit beschriebenen Fälle gehören hierher.

2. Weiterhin sind die Fälle zu erwähnen, in denen eine Reihe anfangs vielleicht noch zusammenhängender, aber rasch zerfallender Wahnideen fortbestehen, neben mehr oder minder ausgesprochenen Zeichen des Zerfalls der Persönlichkeit. Dazu kommen dann sonstige Symptome der Dementia praecox, wie Stuporzustände, Manieren, Stereotypien usw.

Die Abgrenzung der ersten Gruppe von den Paraphrenien ist nicht immer leicht, namentlich, wenn man nur auf das Zustandsbild angewiesen ist. Vielleicht werden wir aber durch das Studium der körperlichen Er-

scheinungen der jugendlichen Verblödung weiterkommen und so Symptome finden, deren Vorhandensein entscheidend für die Diagnose wird. —

Bei dem sich anschließenden Festessen feiert *Peretti* in beredten Worten die Verdienste des Vorsitzenden Herrn Geh. Rat *Pelman* um den Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz, dessen Leitung seit dem 22. Juni 1889 ununterbrochen in seinen Händen ist. Als sinnliches Zeichen der Dankbarkeit der Mitglieder überreichte er dem Jubilar einen Prunkbecher.

Umpfenbach.



Kleinere Mitteilungen.

Die Heinrich Laehr-Stiftung hat im Rechnungsjahr Ostern 1914 bis Ostern 1915 an Priv.-Doz. Dr. *Ißerlin*-München 1000 M. zur Förderung psychologisch-phonetischer Untersuchungen gezahlt. Das Vermögen der Stiftung bestand am 1. April 1915 aus

5 000 M.	3 %	Preuß. Konsols	eingetragen im Staatsschuldbuch und der Darlehnskasse Berlin verpfändet.
100 000 M.	3½ %	„ „	
37 000 M.	4 %	„ „	
96 500 M.	5 %	Deutsche Reichsanleihe (1. Kriegsanleihe), eingetragen im Reichsschuldbuch und später wieder der Darlehnskasse Berlin verpfändet, um 70 000 M. 2. Kriegsanleihe zu zeichnen.	
4 142 M.		Guthaben bei der Darmstädter Bank.	

Demgegenüber standen 92 300 M. Schulden an die Darlehnskasse Berlin.

Am 11. Januar d. J. feierte Geheimrat Dr. *Schüle* sein 25jähriges Jubiläum als Direktor der Landesanstalt Illenau. Von einer größeren Feier war mit Rücksicht auf die Zeitlage abgesehen. Es fand nur eine kleine Feier statt, bei welcher die Anstaltbeamten dem Jubilar gratulierten und Oberarzt Med.-Rat *Thoma* eine kurze Ansprache hielt.

Nekrolog *Knecht*. Am 14. März 1915 starb in Halle a. S. im Ruhestand der Geheime Sanitätsrat Dr. *A. Knecht*, früher Direktor der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde. Das Leben eines trefflichen Arztes, der an verantwortungsreichen Stellen lange Jahre unablässig geschafft und schöne Erfolge errungen hatte, erlosch in der Stille. Hier seiner Persönlichkeit und seines Wirkens zu gedenken, ist Pflicht der Dankbarkeit.

Adolf Knecht wurde am 17. Mai 1846 in Hennersdorf im sächsischen Erzgebirge als Sohn eines evangelischen Pfarrers geboren. Bis zum 15. Lebensjahre wurde *K.* von seinem Vater, dann auf der Kreuzschule in Dresden unterrichtet. Ostern 1865 bezog er die Universität Leipzig, um Medizin zu studieren. Im Frühjahr 1869 wurde er approbiert, im Sommer zum Dr. med. promoviert. Im September 1869 trat er als Hilfsarzt unter



Reimer auf dem Sachsenberg bei Schwerin in die psychiatrische Praxis. Mit dem Eifer und der Gründlichkeit, die ihn stets auszeichneten, vertiefte er sich hier in die Krankenbeobachtung und Behandlung. Davon zeugt seine Arbeit über die subkutane Morphiumtherapie der Psychosen, welche aus dieser Zeit stammt (Arch. f. Psych. Bd. III). Bemerkenswert ist, daß schon diese Arbeit *K.*s in die Mahnung ausklingt, auch die chronischen Kranken in unsern Anstalten mehr der wissenschaftlichen Beobachtung und damit rationellen therapeutischen Versuchen zu unterstellen — eine Forderung, für welche *K.* später bei seinen Ärzten nicht nur durch wiederholte Anmahnung, sondern durch sein eigenes, in der Stetigkeit der Versuche anfeuerndes Beispiel immer wieder eingetreten ist.

Der Krieg von 1870 unterbrach dann auch für *K.* die irrenärztliche Tätigkeit. Ende August zog er als freiwilliger Arzt hinaus, gehörte der Belagerungsarmee von Metz an, begleitete Verwundetenzüge in die Heimat und war nach vorübergehender Krankheit im Reservelazarett in Rawitsch in Posen tätig. Von dort ging *K.* im März 1871 als Assistenzarzt an das städtische Krankenhaus St. Georg zu Hamburg. Hier hat er auf der inneren und auf der chirurgischen Station gründliche Kenntnisse gesammelt, die ihm in seinen späteren Stellungen ausgezeichnet zustatten kamen.

Anfang August 1872 trat *K.* in den sächsischen Staatsdienst. Die Regierung suchte für das große Zuchthaus in Waldheim einen psychiatrisch vorgebildeten Arzt. Als solcher wurde *K.* gewählt. Bis 1882 in dieser Stellung tätig, wurde er zu einem der besten Kenner der Kriminalanthropologie und Kriminalpsychiatrie. 1876 wurde in Waldheim die erste Krankenstation für geisteskranke Verbrecher in Deutschland eröffnet (40 Plätze für Männer). Im 37. Bande dieser Zeitschrift berichtet *K.* über seine Erfahrungen auf dieser Station. Er war keineswegs befriedigt über die Verbindung von Irrenanstalt und Strafanstalt und sagte für die Zukunft voraus, daß die praktische Erfahrung immer wieder dazu führen werde, wenn überhaupt besondere, dann selbständige oder wenigstens mit Irrenanstalten verbundene Asyle für geisteskranke Verbrecher zu errichten. Im wesentlichen hat sich die Entwicklung der vielfach diskutierten Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher ganz nach seiner Vorhersage gestaltet. — Als *K.* in Waldheim arbeitete, waren umfassende Untersuchungen über die körperlichen Eigenschaften der Verbrecher in Deutschland noch nicht angestellt. *K.* unterwarf daher 1214 männliche Verbrecher einer genauen Untersuchung, wobei er besonders die sogenannten Degenerationszeichen beachtete. In einer größeren Arbeit legte er seine Beobachtungen nieder („Über die Verbreitung psychischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehung zwischen Degenerationszeichen und Neuropathie" diese Zeitschrift Bd. 40). Vorsichtig und maßvoll zieht er hier seine Schlüsse. Ein verwandtes Thema hat *K.* viele Jahre später behandelt, als er 1897 auf der Jahresversamm-

lung des Deutschen Vereins für Psychiatrie das Referat „Über den Wert der Degenerationszeichen bei Geisteskranken" erstattete. *K.*s Anschauung ging dahin, daß sich unter den Verbrechern eine erhebliche Anzahl Entarteter, auch solche mit anatomischen Entartungszeichen, befinde, daß die Entartung diese Individuen in Zustände bringe, welche leicht die Quellen von verbrecherischen Handlungen werden. Einen „angeborenen Trieb" zum Verbrechen lehnte er ab und wollte die Bezeichnung „geborener Verbrecher" nicht angewendet wissen.



Zum 1. Januar 1882 wurde *K.* als Oberarzt und Stellvertreter des Direktors an die Irrenanstalt Colditz versetzt. Sowohl hier wie auch schon früher in Waldheim war *K.* genötigt, in ausgedehnter Weise neben der Anstaltstätigkeit allgemeinärztliche Privatpraxis zu treiben. Er fand jedoch Zeit, in der Psychiatrie wissenschaftlich fortzuarbeiten, nun besonders in klinischen Fragen. Bekannt ist u. a. seine aus dieser Zeit stammende Mitteilung über katatonische Erscheinungen bei Paralyse (diese Zeitschrift Bd. 42) und die von ihm veranstaltete deutsche Ausgabe des klinischen Lehrbuchs der Geisteskrankheiten von *Savage* (1887). Dies nicht gerade durch Gründlichkeit ausgezeichnete Buch hatte *K.* wohl durch

die lebendige, leicht fließende Darstellung und durch die eingestreuten praktischen Winke angezogen. *K.* hat die deutsche Ausgabe vielfach ergänzt und ganze Kapitel neu eingeschaltet, besonders auch die Therapie nach eigenen Erfahrungen beschrieben. Er zeigt sich hier als warmer Anhänger hydrotherapeutischer Behandlungsmethoden. In der allgemeinen Praxis hatte er die günstigen Erfolge kennen gelernt, welche sächsische Kurpfuscher mit der Wasserbehandlung erzielten, war hierdurch veranlaßt worden, sich gründlich in die Hydrotherapie einzuarbeiten und sie bei Psychosen anzuwenden. Zeitlebens blieb *K.* ein Freund ausgedehnter hydriatischer Behandlung (vgl. auch seine Mitteilung über feuchte Einpackungen bei Psychosen, Psych.-neurol. Wschr. 1903).

Mit dem 1. Oktober 1887 trat *K.* in den erfolgreichsten Abschnitt seines Lebens ein: er übernahm als Direktor die Leitung der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde in Pommern. Fast 23 Jahre hat er hier mit nie ermüdender Gewissenhaftigkeit seines Amtes gewaltet. Die Anstalt verfügte 1887 nur über 330 Plätze und befand sich in ihren baulichen Einrichtungen nicht mehr auf der Höhe der Zeit. *K.* zeigte bald sein Organisationstalent, indem er zweckmäßige Freilegungen, Umformungen der alten Gebäude, vor allem aber umfassende, zeitgemäße Neubauten anregte. Sie sind in schöner Weise ausgeführt. Zu Ende seiner Amtstätigkeit besaß die Anstalt in drei Verpflegungsklassen 624 Krankenplätze und alle Einrichtungen für Überwachung, Hydrotherapie, freie Behandlung und Beschäftigung der Kranken, wie sie die Neuzeit verlangt. Seit 1899 betrieb *K.* eifrig die Angliederung einer Familienpflege in dem benachbarten Dorf Liepgarten. Nach wenigen Jahren waren bereits 130 Kranke dort untergebracht.

*K.*s Verhalten gegen seine Kranken und das Personal war durch die größte Humanität gekennzeichnet. Er beklagte es oft, daß bei der jetzigen Massenansammlung der Kranken in großen Anstalten, bei der zunehmenden Ausdehnung der psychiatrischen Laboratoriumsarbeit, die feine Kunst der psychischen Behandlung von der jüngsten Generation unserer Psychiater nicht mehr jene Bewertung erhalte, wie zu früherer Zeit. Als eine wesentliche Hemmung für die Vertiefung der psychischen Behandlung empfand er andauernd den Umstand, daß die Krankenpflege in unsern Anstalten zumeist in der Hand junger und ungebildeter Personen liegt. Für eine stärkere Heranziehung gebildeter weiblicher Pflegekräfte, wie sie in manchen Privatanstalten durchgeführt ist, setzte er sich ein. Die in Ückermünde mit Heranziehung einer auswärtigen Schwesternschaft angestellten Versuche führten indessen noch zu keinem befriedigenden Resultat. *K.* nahm die Beschäftigung mit dieser Frage, die ihm besonders am Herzen lag, mit in den Ruhestand, und er hat mir auch dann noch wiederholt in Briefen seine Vorschläge zur Ausführung empfohlen.

Den überzeugenden Anregungen *K.*s ist es auch zu verdanken, daß in Pommern die Fürsorgeerziehungsanstalten fortgesetzt psychiatrisch



beraten werden und eine psychiatrische Untersuchung der Zöglinge stattfindet. Er selbst hat im Auftrage der Provinzialverwaltung 1909 die ersten mühevollen Untersuchungen an 222 männlichen und 95 weiblichen Zöglingen ausgeführt und darüber ausführlich berichtet (Psych.-neurol. Wschr. 1910/11).

Im Januar 1909 wurde *K.* während seines Rundgangs im Hause der Unruhigen von einem an lebhaftem Verfolgungswahn leidenden Kranken überfallen, zu Boden geworfen und mißhandelt. Die hierdurch entstandene körperliche und seelische Erschütterung wirkte offenbar beschleunigend auf den Verlauf einer bei ihm bereits vorhandenen Arteriosklerose. In der nächsten Zeit schien er den Freunden schneller zu altern, obgleich er unvermindert tätig blieb. Am 5. September 1909 wurde er, ohne das Bewußtsein zu verlieren, von einem Schlaganfall mit Sprachverlust und halbseitiger Lähmung betroffen. Obgleich sich sein Befinden bald besserte und die von ihm energisch durchgeführten Kuren sichtliche Fortschritte machten, konnte er seine Dienstgeschäfte nicht übernehmen und ging am 1. November 1910 in den Ruhestand. Zunächst wählte er Neuruppin zum Wohnort, wo sein einziger Sohn als Psychiater tätig war. Hier beschäftigte er sich mit historischen Studien, u. a. mit der Entwicklung der Irrenfürsorge in der Kurmark. Er wies nach, daß die 1801 in Neuruppin eröffnete Landirrenanstalt die erste in Deutschland war, die als solche neu erbaut wurde und daß sie in der Art des Betriebes in vielen Hinsichten ihrer Zeit voraus war (vgl. Psych.-neurol. Wschr. 1913, Nr. 21 und 22).

Ende 1913 siedelte *K.* nach Halle über. Hier ist er am 14. März 1915 unerwartet an Herzschlag verschieden.

K. war ein ernster, aufrechter Charakter. In der Verteidigung seiner Anschauungen und Wünsche zeigte er große Zähigkeit, ging auch bisweilen zu einer gewissen Schärfe über, die ihm sonst fern lag. Er verfügte über eine große allgemeine Bildung, die er bis an sein Lebensende unermüdlich zu vertiefen bemüht war.

In seinem Privatleben war er schlicht und anspruchlos. Obgleich manche schwere Sorge durch Krankheit in seiner Familie auf ihm lastete, ließ er sich nicht niederbeugen. Restlose Pflichterfüllung, ein unversiegbarer Optimismus und seine religiöse Weltanschauung erhielten seine Arbeitsfreudigkeit. Seine Freunde erfreute er durch warme Teilnahme und zeigte für ihm erwiesene Aufmerksamkeiten eine rührende Dankbarkeit. Für Geselligkeit und Frohsinn hatte er volles Verständnis, kollegiale Versammlungen besuchte er gern. Auf Reisen und Wanderungen war er ein prächtiger Kamerad, auch im Alter jugendfrisch in der Aufnahmefähigkeit und Unternehmungslust. — Sein Gedächtnis wird von allen, die ihn kannten, in Ehren gehalten werden! *Mercklin*, Treptow a. Rega.



Prof. Dr. *Erwin Stransky* in Wien bittet zur Kenntnis zu nehmen, daß er, veranlaßt durch die fortgesetzten Maßregelungen österreichischer und reichsdeutscher Gelehrter durch französische gelehrte Gesellschaften, an die Société médico-psychologique in Paris, die ihn 1904 zu ihrem membre associé étranger gewählt hat, durch einen neutralen Fachgenossen die Bitte gerichtet habe, ihn aus ihren Listen zu streichen.

Personalnachrichten.

Dr. *Ehrhardt Bieberbach*, Geh. Med.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Heppenheim, ist in den Ruhestand getreten.

Dr. *Adolf Dannemann*, ao. Prof. u. Med.-Rat, bisher Dir. d. Philippshospitals in Goddelau, ist zum Direktor der Anstalt Heppenheim,

Dr. *Hermann Schneider*, Med.-Rat, Oberarzt im Philippshospital zu Goddelau, ist zum Direktor dieser Anstalt ernannt worden.

Dr. *Erich Gerstenberg*, Geh. San.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Hildesheim, tritt am 1. Okt. in den Ruhestand.

Dr. *Hans Schröder*, Oberarzt in Lüneburg, ist zum Direktor der Prov.-Anstalt Hildesheim,

Dr. *Hermann Grimme*, Abt.-Arzt der Prov.-Anst. Hildesheim, zum Oberarzt derselben,

Dr. *Friedrich Hagemeister*, Anstaltsarzt in Neuruppin, zum Oberarzt daselbst ernannt worden.

Dr. *Philipp Jolly* in Halle hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Fr. W. Quensel*, Priv.-Doz. in Leipzig, und

Dr. *Erwin Stransky* in Wien sind ao. Professoren geworden.

Dr. *Fritz Gerlach*, Dir. in Königslutter und Mitglied des Landesmedizinalkollegiums, hat den Titel Geh. Sanitätsrat erhalten,

Dr. *Adolf Lindenborn*, Oberarzt im Philippshospital zu Goddelau, ist Medizinalrat,

Dr. *Hermann Petersen*, Dir. der Prov.-Anst. zu Brieg, Geh. Sanitätsrat geworden,

Dr. *Johannes Bresler*, Oberarzt in Lüben,

Dr. *Ludwig Wicht*, Abteilungsarzt in Freiburg (Schlesien),

Dr. *Alfred Linke*, Dir. d. Prov.-Anst. Kreuzburg (Schlesien),

Dr. *Karl Ortmann*, Dir. d. Prov.-Anst. Johannistal b. Süchteln,

Dr. *Friedrich Schaumburg*, Dir. der Privatanst. Waldbröl,

Dr. *Paul Dabelstein*, Dir. der Prov.-Anst. Neustadt (Holstein),

Dr. *Herm. Simon*, Dir. der Prov.-Anst. Gütersloh, und

Dr. *Reinh. Krauß*, Dir. der Privatanstalt Kennenburg, haben den Titel Sanitätsrat erhalten.

Dr. *Ehrhardt Bieberbach*, Geh. Med.-Rat, bisher Dir. in Heppenheim, hat das Ehrenkreuz des Verdienstordens Philipps des Großmütigen,

Dr. *Max Dost*, Oberarzt am Sonnenstein, jetzt Oberstabsarzt, das Ritterkreuz 1. Kl. mit Schwertern des sächs. Albrechtordens,

Dr. *Franz Viedenz*, Oberarzt,

Dr. *Karl Sitzler* und

Dr. *Georg Schulze*, Anstaltsärzte in Eberswalde,

Dr. *Wilh. Schott*, Anstaltsarzt in Sorau,

Dr. *Felix Großmann*,

Dr. *Walter Knape* und

Dr. *Kurt v. Leupoldt*, Anstaltsärzte in Teupitz,

Dr. *Hans Behrendes*, Anstaltsarzt im Wilhelmsstift zu Potsdam,

Dr. *Max Kaufmann*, Priv.-Doz. in Halle, und

Dr. *Hans Clemen*, Abteilungsarzt in Eickelborn, haben das Eiserne Kreuz,

Dr. *Erwin Stransky*, Prof. in Wien, das Ritterkreuz des Franz-Josefordens am Bande des Militärverdienstkreuzes in Anerkennung tapferen und aufopferungsvollen Verhaltens vor dem Feinde erhalten.

Dr. *Adolf Knecht*, Geh. San.-Rat, früher Dir. der Prov.-Anst. Uckermünde, ist am 4. März,

Dr. *Martin Bernhardt*, Geh. Med.-Rat, ao. Prof., geb. am 10. 4. 1844 in Potsdam, ist am 17. März an Herzschlag,

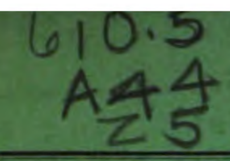
Dr. *W. Reip*, Geh. San.-Rat in Arendsee, und

Dr. *A. Lilienfeld*, San.-Rat in Lichterfelde, sind gestorben.

Dr. *Viktor Vogel*, Anstaltsarzt in Kolditz, ist einer schweren Verwundung erlegen, die er als Stabsarzt in Ausübung seines Berufes für das Vaterland erhalten hatte.

Dr. *Rudolf Bundschuh*, Oberarzt in Illenau, wo er seit 1903 ärztlich tätig gewesen war, im jetzigen Kriege mit dem Eisernen Kreuz und dem Orden vom Zähringer Löwen mit Eichenlaub und Schwertern ausgezeichnet, fiel, bei Ausübung seiner Berufspflicht im Schützengraben von einem Granatsplitter getroffen, am 26. April.





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN
KREUSER WINNENTAL
PELMAN BONN
SCHÜLE ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

ZWEIUNDSIEBZIGSTER BAND
DRITTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 3. FEBRUAR



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1916


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ••• Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Über Rechtsfragen aus den Grenzgebieten von Tabes dorsalis und Dementia paralytica.

Von

Obermedizinalrat Dr. **Kreuser**, Winnental.

Tabes dorsalis und Dementia paralytica sind, darüber ist man sich heutzutage einig, Krankheitbilder, die, verschieden in ihrer äußeren Erscheinung, aus dem gemeinsamen Ursprung einer syphilitischen Ansteckung hervorgehen. Erstere beschränkt sich an sich auf körperliche Störungen, deren anatomische Grundlage in einer Entartung der Hinterstränge des Rückenmarks zu suchen ist; letztere ist eine Form von Geisteskrankheit mit nachweislichen Veränderungen vorzugsweise in der Großhirnrinde. Wesensgleich ist die Natur der Entartungsvorgänge in Elementarbestandteilen des Zentralnervensystems; verschieden der Sitz, an dem sie zur Entwicklung gelangen. Beide Krankheiten sind Spätwirkungen einer syphilitischen Ansteckung; meist setzen sie mit leichten Funktionsstörungen fast unmerklich ein, um sich in langsamem Verlaufe weiter zu entwickeln, die Gehirnkrankheit meist rascher als die des Rückenmarks.

Jedes der beiden Krankheitbilder kann ohne das andere vorkommen. Namentlich bleiben Tabiker auch bei sehr langer Krankheitdauer häufig frei von allen geistigen Störungen und, wenn sie von solchen befallen werden, so müssen sie nicht notwendig in den Formen der Paralyse zutage treten. Selten nur bleiben Paralytiker ohne Rückenmarkserscheinungen; nicht immer sind aber gerade die Hinterstränge allein oder so vorzugsweise beteiligt, wie dies der Tabes eigentümlich ist. Man spricht darum auch kaum je vom Hinzutreten einer Rückenmarkskrankheit zur Paralyse, faßt die Rückenmarkstörungen vielmehr stets als Teilerscheinung derselben auf: sie ist der umfassendere Begriff und die verhängnisvollere Krankheit. Schon das Leben wird



durch sie mehr verkürzt, vor allem aber auch zerstört sie frühzeitig die Persönlichkeit. Bei der Tabes kann diese recht lange noch sehr wohl erhalten bleiben, und zerfällt sie schließlich doch in Form einer Paralyse, so ist das für die klinische Betrachtungsweise zwar ein aus der Natur des Leidens abzuleitendes Geschick, in den Augen nicht Eingeweihter aber muß eine solche Wendung geradezu als eine zur ersten hinzugekommene zweite Erkrankung erscheinen. Bedeutet es doch auch für das praktische Leben einen gewaltigen Unterschied, ob bei einem Menschen lediglich körperliche Gebrechen vorliegen, die sein eigenes Befinden noch so sehr schwer beeinträchtigen, seine Beweglichkeit und körperliche Leistungsfähigkeit noch so empfindlich schädigen mögen, die ihm aber geistige Arbeit kaum weniger als bisher gestatten, und die alle erforderlichen Maßnahmen der Behandlung in den häuslichen oder sonst beliebig gewählten Verhältnissen ganz unbedenklich ermöglichen, oder ob eine Geisteskrankheit zum Ausbruch kommt, die wie kaum eine andere die gesellschaftliche Stellung und die Geschäftsfähigkeit des davon Befallenen untergräbt, so wenig er sich vielleicht selbst krank fühlt, so sehr er sich über alle seitherigen Verhältnisse erhaben wähnt. Nicht rasch genug kann in der Regel ein solcher Kranker von daheim weg in die Verpflegung einer Anstalt gebracht werden, soll er nicht selbst schweren Schaden leiden und noch weiteren stiften. Körperliche Veränderungen offenbaren sich bei ihm zunächst meist nur einer sorgfältigen ärztlichen Untersuchung; sind sie erst stärker ausgeprägt, so bedeuten sie auch schon den Anfang vom Ende, wird dem Leben binnen weniger Jahre das Ziel gesetzt sein.

Nur soweit sie eine kausale ist, kann die Behandlung bei beiden Krankheiten von gemeinsamen Gesichtspunkten ausgehen und nach denselben Mitteln greifen. Noch schärfer trennt sich natürlich bei beiden Krankheiten die Stellung der daran Leidenden zu allen rechtlichen Angelegenheiten. Während durch die Tabes als solche auch nicht die geringste Verschiebung nach dieser Hinsicht eintritt, wird eine Paralyse stets zu den krankhaften Störungen der Geistestätigkeit zählen, die eine freie Willensbestimmung ausschließen, und die zur Besorgung der Angelegenheiten unfähig machen.

So einfach und klar die Dinge bei irgendwie feststehender Diagnose liegen, so schwierig kann es werden, zwischen beiden Erkrankungen den Trennungsstrich zu ziehen, wenn wie nicht so ganz



selten zu einer Tabes Erscheinungen von Geistesstörung sich hinzugesellen, ob sie nun alsbald bezeichnender Art für die Paralyse sind, oder ob sie zunächst unter andern Zustandsbildern auftreten. Auch in letzterem Falle wird die Kenntnis von der Wesensgleichheit beider Krankheiten stets paralytischen Charakter der Psychose befürchten lassen müssen, wenn auch pathognomonische Störungen noch fehlen. Für die Entscheidung von Rechtsfragen ist aber in der Regel nicht die Prognose, sondern der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehende Zustand maßgebend.

Auf der 33. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte hat *Rühle* [1]) über zwei Fälle aus meiner Beobachtung berichtet, bei denen die klinische Selbständigkeit von Psychosen neben Tabes in Frage kam. Der zweite derselben, über zwei Jahre lang ein Depressionszustand ohne nachweisbare paralytische Kennzeichen, hat sich späterhin doch noch als die verderbliche Gehirnkrankheit entpuppt, die sie schließlich mit der schon wesentlich länger währenden Tabes unter demselben klinischen Gesichtspunkte betrachten lassen mußte. Noch keineswegs war das jedoch der Fall, als um der ein Jahr übersteigenden Krankheitdauer willen der betreffende Beamte in den Ruhestand versetzt werden sollte. Über diese Rechtsangelegenheit konnte und mußte mit ihm verhandelt werden. Dabei hat er sich nicht nur durchaus angemessen verhalten, sondern alle einschlägigen Verhältnisse so klar und besonnen beurteilt, auch die einschlägigen Gesetzesbestimmungen so sicher beherrscht, daß er den mit seiner Vernehmung beauftragten Kommissar nicht nur in Erstaunen, sondern fast in Verlegenheit versetzt hat. So war denn auch seine Geschäftsfähigkeit trotz des bestehenden Depressionszustandes nicht zu bezweifeln, eine Beurteilung, die doch wohl ausgeschlossen gewesen wäre, wenn irgendwelche Anzeichen damals schon die Paralyse, auf deren Differentialdiagnose das Augenmerk natürlich stets gerichtet geblieben war, hätten erkennen lassen.

Schwieriger noch muß die Begutachtung werden, wenn es sich um Geisteszustände handelt, die nicht unmittelbar beobachtet werden konnten, die aus dem späteren Verlauf auf einen früheren Zeitpunkt zurückschauend beurteilt werden sollen. In einem solchen Falle hat sich *Rieger* [2]) zur Frage der Rechtsgültigkeit eines von einem Para-

[1]) Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 60, S. 219.

[2]) Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen 3. Folge XIV, 2.



lytischen abgeschlossenen Hauskaufs dahin ausgesprochen, daß eine maniakalische Erregung, wie sie 6 oder 8 Tage nach dem Abschluß des Kaufs zu heftigstem Ausbruch gekommen war, nicht ausreicht, um auch schon für den Zeitpunkt des Rechtsgeschäfts einen solchen Mangel an Vernunft annehmen zu lassen, daß der Käufer zum Abschluß von Verträgen unfähig gewesen wäre, obwohl er sich der Auffassung der übrigen Begutachter, daß bei dem seit Jahren schon unzweifelhaft an Tabes leidenden Kranken auch damals schon paralytische Erscheinungen vorhanden gewesen sein mußten, rückhaltlos anschloß. Obschon ich mit zwei andern Kollegen immerhin mit einigem Vorbehalt andere Schlüsse gezogen hatte, stehe ich nicht an, zuzugeben, daß unbedingt schlüssige Beweise dafür nicht vorgelegen hatten, daß ein in dubio pro aegroto dabei mit in die Wagschale gefallen ist. Auch heute noch würde ich mich durch die Ausführungen *Rieger*s zu anderer Stellungnahme wohl kaum bestimmen lassen.

Wo der zuletzt genannte Gesichtspunkt beim Rechtsstreite außer Betracht bleibt, fällt lediglich den Parteien die Beweislast zu. So in einem Falle jüngster Beobachtung, in dem es sich darum handelte, welche Krankenkasse für die Verpflegungskosten eines Paralytikers einzutreten habe, der im November v. J. schon wegen tabischer Beschwerden in ärztlicher Behandlung gewesen war, am 22. Juni d. J. aber wegen Paralyse gegen seinen Willen einer Anstalt übergeben werden mußte. Noch in der zweiten Hälfte des Mai hatte er selbst wegen seiner Rückenmarkserscheinungen sich neue ärztliche Verordnungen erbeten; am 31. Mai aber hatte er im subjektiven Gefühl vollkommener Heilung Wohnsitz und Arbeitsgelegenheit gewechselt. Niemand hatte dabei zunächst an der Freiheit dieser Willensentschließung gezweifelt; nachträglich erst sind Zweifel daran geltend gemacht worden. Klinisch kann hier kein Zweifel sein, daß ein einheitlicher Krankheitprozeß vorliegt; Aufgabe eingehenderer Erhebungen über das Verhalten und die Leistungen des Kranken während der Zeit seines Arbeitswechsels wird es sein müssen, mehr oder weniger sicher nachweisen zu lassen, ob und inwieweit dabei schon krankhafte Beweggründe maßgebend gewesen waren[1]). Auf den Tag hin wird sich aller-

[1]) Anm. b. d. Korr.: Die freie Selbstbestimmung des Kranken bei seinem Wohnsitzwechsel ist inzwischen anerkannt worden.



dings der Beginn der Paralyse kaum je festsetzen lassen, während ein Rechtsbescheid unter Umständen solch scharfe Grenzen fordert.

In eine nach mehr als einer Hinsicht äußerst verwickelte Strafsache hat dieselbe Frage hineingespielt. Ein 39 jähriger Mechaniker, in 3. Ehe lebend und Vater von Kindern aus 2 Ehen, vor 19 Jahren einmal gerichtlich bestraft, war wegen einer ungemein raffiniert verübten Brandstiftung in der Schweiz verurteilt worden. Aus der Strafhaft entwichen, hatte er in seiner deutschen Heimat bald Arbeit gefunden, Tüchtiges geleistet und sich durchaus unauffällig verhalten. Sein Aufenthalt wurde jedoch nach einiger Zeit ermittelt; Auslieferung des deutschen Staatsangehörigen konnten die schweizerischen Behörden nicht verlangen, wohl aber seine Strafverfolgung wegen desselben Verbrechens durch ein heimisches Gericht. Während der Untersuchungshaft kamen geistige Störungen zum Ausbruch, die Anlaß zur Anstaltsbeobachtung wurden. Zunächst ergab sich, daß schon der Verurteilung vor fast 2 Jahrzehnten eine Beobachtung gemäß § 81 in der Heidelberger Klinik vorausgegangen war. Auf Grund von Ausschreitungen in Baccho et Venere, wobei es auch zu einer luischen Infektion gekommen war, hatte sich nach dem Gutachten der Klinik ein Zustand von Neurasthenie mit affektiver Erregbarkeit entwickelt, der jedoch nicht als Geisteskrankheit im Sinne des § 51 StGB. zu erachten gewesen war. Nach erstandener Freiheitstrafe hatte der Mann dann auch eine äußerlich geordnete Lebensführung gezeigt unter mancherlei wechselnden Geschicken. Von der ersten Ehefrau hatte er sich offenbar aus triftigen Gründen scheiden lassen, die zweite hatte er durch den Tod verloren; in der dritten Ehe, einer Vernunftheirat, hatte es über die Erziehung der Halbgeschwister öfters Meinungsverschiedenheiten gegeben; ein Versuch, den wirtschaftlichen Verhältnissen durch ein geschäftliches Unternehmen aufzuhelfen, war mißglückt, und schließlich hatte die persönliche Leistungsfähigkeit unter den Beschwerden einer beginnenden Tabes notgelitten. Hatte er sich an seinem schweizerischen Wohnort auch nicht viel Freunde gewonnen, so wurden doch seine geschäftliche Tüchtigkeit und seine Sorglichkeit als Familienvater trotz aller Wechselfälle anerkannt. — Wegen seines Leidens war ihm von der Krankenkasse ein Kuraufenthalt bewilligt worden; mit seiner ganzen Familie hatte er einen entfernten Landaufenthalt bei Verwandten aufgesucht. Um sich beim Kassenvorstand vorzustellen,



war er vorübergehend allein nach seinem Wohnsitz zurückgekehrt. 4 Tage nach seiner Wiederabreise brach in der Wohnung, die nur er benutzt hatte, ein Brand aus. Verhältnismäßig rasch war gelöscht worden. So war es möglich, die ganzen Veranstaltungen zur Brandlegung nachzuweisen und zu rekonstruieren. Mit den Drähten der elektrischen Lichtleitung war ein eigens dazu hergerichtetes Uhrwerk so in Verbindung gebracht worden, daß nach Tagen erst der zündende Funke ausgelöst und auf die in den Möbeln aufgehäuften, leicht brennbaren Stoffe fallen mußte. — Bei der Lage der Verhältnisse konnte kein anderer Täter in Betracht kommen. Nach längerem Leugnen hatte er auch in der Schweiz schon ein Geständnis abgelegt, dieses aber am folgenden Tage widerrufen; durch das Drängen des Verhörrichters wollte er dazu gepreßt worden sein. Zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand war er in eine Anstalt verbracht worden. Hatte er doch geltend gemacht, daß er zu der Tat in einem Zustande von geistiger Verwirrung gekommen sei, den er auf das einmalige Austrinken eines Lebenselixiers zurückführte, wie es ihm zum Gebrauch in kleinen Gaben gegen sein Rückenmarksleiden empfohlen worden sei. Ärztlich war eine Tabes dorsalis festgestellt worden, für eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit hatten sich keinerlei Anhaltspunkte ergeben.

Auch während der in Deutschland geführten Voruntersuchung hat er nach anfänglichem hartnäckigen Leugnen eines Tages ein Geständnis abgelegt des Inhalts, daß ein anderer mit seinem Vorwissen den Brand in seiner Wohnung eingelegt habe. Er müsse damit herausrücken, weil er es nicht länger aushalte, die steinerbarmenden Hilferufe seiner Frau Tag und Nacht anzuhören, die ebenfalls hier in Haft sei, und die man daselbst foltere und mißhandle, um von ihr für ihn belastende Aussagen zu erlangen. Angeblich nachdem ein inzwischen eingetroffener Brief seiner Frau ihn von der Unrichtigkeit dieser Vorstellungen überzeugt habe, hat er auch dieses Geständnis wieder zurückgenommen. Die vom Gerichtsarzt angenommene akute Haftpsychose konnte durch die Anstaltsbeobachtung bestätigt werden. Gehörshalluzinationen dauerten auch hier noch eine Zeitlang fort, verloren sich aber bald unter sichtlicher Besserung des Allgemeinbefindens. Noch innerhalb der Beobachtungsfrist kam es zu einer durchaus befriedigenden Einsicht für die neuerdings aufgetretenen geistigen Störungen. Die tabischen Erscheinungen bestanden ungefähr in gleicher Weise, wie sie



von der schweizerischen Anstalt geschildert worden waren. Irgendwelche Anzeichen einer paralytischen Geistesstörung waren nicht nachzuweisen, ja sie konnten für die Zeit der Beobachtung, wie für die der Tat bestimmt ausgeschlossen werden, während mit der jederzeitigen Möglichkeit ihres Ausbruchs natürlich zu rechnen war. An der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten war in Übereinstimmung mit den schweizerischen Kollegen festzuhalten, und sein Verhalten bei der Hauptverhandlung konnte diese Auffassung nur noch bekräftigen.

Ein gewisses Gegenstück zu den Zweifeln, die sich bei der Beurteilung von Tabeskranken ergeben können, bei denen eine Paralyse wohl zu befürchten, aber nicht nachzuweisen ist, findet sich in den Verlegenheiten, in die man durch erhebliche Remissionen der Paralyse versetzt werden kann. Wenn auch nicht allzu häufig, so kommt es doch immer wieder einmal vor, daß die psychischen Erscheinungen der Krankheit so zurücktreten, daß diese sich selbst genesen fühlen, auch bei ihrer engeren und weiteren Umgebung diesen Eindruck erwecken; ja der Arzt selbst kann psychopathologische Erscheinungen, sei es auch nur eine leichte Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, nicht mehr nachweisen; nur einige leichte, an sich fast belanglose Störungen von seiten des Rückenmarks müssen auch ihn von der Annahme einer Genesung abhalten. Aus seiner Erfahrung kennt er aber das Damoklesschwert, das unsichtbar über dem Haupte der anscheinend Wiederhergestellten schwebt; aus ihr heraus zögert er, sie aus der Behandlung zu entlassen, wohl wissend, wie rasch in der Regel diesen Scheingenesungen der Rückfall folgt, sobald das Leben wieder irgendwelche Anforderungen an ihre Widerstandsfähigkeit stellt. Werden die ärztlichen Mahnungen zur Vorsicht in den Wind geschlagen, so kann die Entlassung nicht wohl verweigert werden. Den Kranken selbst kann aus Rücksichten der Menschlichkeit der ganze Ernst ihrer Zukunft nicht wohl geoffenbart werden; bei ihren Angehörigen herrscht die Freude über die eingetretene Besserung viel zu sehr vor, um auf einen Kassandraruf zu hören. Mit Sorgen im Herzen wird man solche Patienten ziehen lassen, nie ohne eigene Rückendeckung durch einen Revers.

Ernstlicher noch tritt die Verantwortlichkeit der Entscheidung vor Augen, wenn über das Privatleben eines solchen Kranken hinaus auch noch rechtliche Beziehungen in Frage kommen. So war einer



meiner früheren Kranken, ein Beamter, während einer anscheinend raschem Verfall entgegenführenden Paralyse in den Ruhestand versetzt worden. Wider Erwarten kam es zu einer ungewöhnlich vollständigen Remission, in der er nach Hause entlassen werden konnte. Doch bald wollte ihm das Stilleben in den ländlichen Verhältnissen seiner Heimat nicht mehr behagen. Er suchte um Wiederverwendung im Staatsdienste nach und betrieb seine Ansprüche in dieser Richtung trotz mehrfacher abschlägiger Bescheide mit allergrößtem Nachdruck. Seine Eingaben zu diesem Zweck überraschten die vorgesetzten Behörden, indem sie nach Form und Inhalt alle seine früheren dienstlichen Leistungen merklich übertrafen. Auch die ärztliche Nachuntersuchung war nicht imstande, aus seinem psychischen Verhalten eine Fortdauer der Paralyse zu verfechten. Wohl aber ließen sich bei sorgfältigster Prüfung noch einige ihrer körperlichen Erscheinungen nachweisen. Für sich betrachtet, konnten sie nur noch auf Veränderungen im Rückenmark hinweisen, hätten sie einen Anlaß zur Diagnose einer Paralyse nicht abzugeben vermocht. Als Überreste einer solchen dagegen mußten sie eine Heilung der Krankheit ausschließen und die Wiederverwendung nicht empfehlen lassen. Wenn diese Ansicht durchgedrungen ist, so mag dafür entscheidend gewesen sein, daß der betreffende Kranke vor seiner Erkrankung durch seinen Alkoholismus sich längst ein Ultimatum zugezogen hatte, so daß man wohl froh war, irgendwelche Verpflichtungen ihm gegenüber nicht anerkennen zu müssen.

Zugunsten eines Angeklagten konnte die Fortdauer in einem andern Falle geltend gemacht werden, bei dem ebenfalls nur noch Rückenmarkstörungen an einen vor 9 Jahren überstandenen paralytischen Erregungszustand erinnerten. Damals wie jetzt war der Kranke wegen Sittlichkeitsvergehen an Kindern in gerichtliche Untersuchung geraten. War das erste Mal der Nachweis einer Paralyse mühelos zu führen gewesen, so mußte er sich das zweite Mal nahezu ausschließlich auf den körperlichen Befund stützen. Auch dieser war so geringfügig, daß er ebensowenig wie die Geistesbeschaffenheit ein Hindernis gebildet hatte, in der Zwischenzeit den Beruf eines Briefträgers auszuüben. Immerhin war er ausreichend, um die Diagnose einer Form von Geisteskrankheit aufrechtzuerhalten, bei der eine freie Willensbestimmung ausgeschlossen werden muß. Der lange Zwischenraum zwischen den beiden

rechtswidrigen Vorkommnissen wurde aber ein Hindernis, um den Kranken für gemeingefährlich erklären zu lassen.

Erhebliche Remissionen im Verlauf einer Paralyse werden gar manchen Anstaltsarzt schon in die Lage versetzt haben, unsicher zu werden in der Beurteilung etwaiger Rechtsfragen. Stand die Diagnose einer paralytischen Erkrankung einmal fest, so werden wir ziemlich ausnahmlos berechtigt sein, alle von ihr noch nachweisbaren Erscheinungen im Sinne der Fortdauer des Krankheitsprozesses zu deuten und gegebenenfalls auch in der Anwendung auf etwa anfallende Rechtsfragen zu verwerten. Auch körperliche Erscheinungen, die für sich allein nur auf ein Rückenmarksleiden hinweisen, reichen angesichts ihrer Wesenseinheit mit dem einmal aufgetretenen Gehirnleiden hin, um dieses nicht als erloschen bezeichnen zu lassen, wenn es auch zeitweise keine offensichtlichen Erscheinungen mehr macht. Stimmen doch alle bisherigen Erfahrungen darin überein, daß wirkliche Heilungen der Paralyse, wenn sie überhaupt vorkommen, so verschwindend selten sind, daß sie, wo es sich um Entscheidung praktischer Fragen handelt, nicht in Aussicht genommen werden können.

Eröffnet uns auf der andern Seite die jetzt wohl nicht mehr zu bezweifelnde Tatsache, daß es ohne frühere luische Infektion weder zur Tabes noch zur Paralyse kommt, die Aussicht, beiden Erkrankungen künftig mehr als seither vorbeugen zu können, zumal seit Einführung neuer Mittel in die Syphilisbehandlung, so darf uns die Einheitlichkeit des Krankheitsprozesses nicht dazu verleiten, aus früheren Folgeerscheinungen auch auf die Unausbleiblichkeit der später etwa möglichen zu schließen. Insbesondere bedingt die Tabes nicht auch schon eine Paralyse, ist nicht einmal jede geistige Störung, die sich zu jener hinzugesellt, als Weiterentwicklung zur Gehirnkrankheit auf gleicher Grundlage zu deuten. So große Bedeutung jede klinische Erkenntnis für die Bemessung des zukünftigen Schicksals der Erkrankten hat, so darf sie doch auch nie überschätzt werden, darf insbesondere der Boden der Tatsachen nicht verlassen werden, wenn unser Wissen auf praktische Fragen des Lebens und seiner Rechtsverhältnisse Anwendung finden soll. Die Wesensgleichheit verschiedener Krankheitserscheinungen hebt die Notwendigkeit nicht auf, das jeweilige Krankheitbild für sich ins Auge zu fassen und nach seiner zeitweiligen Rückwirkung auf die Persönlichkeit zu beurteilen.



Zur Lehre von den psychischen Entwicklungs-störungen (Infantilismus).

Von

Dr. **Otto Juliusburger**-Steglitz-Berlin.

Die beiden Fälle, welche Gegenstand meiner Begutachtung waren, sind geeignet, eine Fülle wertvollen Materials beizubringen, so daß ihre Mitteilung schon aus diesem Grunde berechtigt erscheint. Wie immer man sich zu meinen Schlußfolgerungen auch stellen mag, so wird man mir darin recht geben, daß man bei der Beurteilung der pathologischen Persönlichkeiten die psychischen Entwicklungsstörungen, die diffusen und die partiellen, mehr als bisher zu berücksichtigen hat. Hierbei kommt die Ontogenese sowie die Phylogenese in Betracht. Ich verweise auf meine eingehende Arbeit über diesen Gegenstand in der Zeitschrift für Sexualwissenschaft 1. Band, 5. Heft, August 1914: „Zur Lehre vom psychosexuellen Infantilismus." Ich glaube, daß ich den beiden Gutachten, welche ich nun folgen lasse, nichts hinzuzufügen brauche.

Fall I. Ärztliches Gutachten über den Geisteszustand des Herrn J. B., Bankbeamter, geb. 7. Oktober 1870.

Ich lasse zunächst die eigenen Angaben des Herrn B. über sein eigenartiges Seelenleben folgen. Die Aufzeichnungen lauten:

„Mein qualvolles Leben.

Als neunjähriges Kind hatte ich das Unglück, von der herabfallenden Eisenstange eines Torweges auf den Kopf getroffen zu werden. Ferner wurde mir die Spitze des Zeigefingers der linken Hand gequetscht, was noch heute zu sehen ist. Es ist kein Zweifel, daß dieser Umstand auf mein Geistesleben oder auf meinen Geisteszustand von schädlicher Wirkung war, oder besser, noch ist. Wenn auch dumme Jungenstreiche im Knabenalter wohl eben nur als Jungenstreiche angesehen werden mögen, so verdienen die meinigen doch wohl eine nähere Betrachtung.



Wir hatten als Jungen viel Freiheit, wurden im allgemeinen aber streng erzogen. Ich besuchte das Gymnasium zu Halle a. S. und wurde von meinen Eltern zur Arbeit angehalten; aber außerhalb der Schule war ich in tollen Streichen geradezu erfinderisch und zeichnete mich in sehr unvorteilhafter Weise in bezug auf das Gemüt eines Knaben aus. Wenn ich auch zuweilen recht weich von Gemüt war — das ist auch immer der Grundzug meines Herzens gewesen und ist es auch heute noch — ich ging als 14jähriger, ja bis 16jähriger Schüler ohne Antrieb des Sonntags oft zur Kirche und weinte und unterhielt mich stets mit meinem Gott — warum, weiß ich nicht und ist mir ein Rätsel geblieben —, so konnte ich mich doch von gewissen Roheiten nicht losmachen; z. B. ich schnitt den Pferden einmal den Schweif ab als 14jähriger Junge, oder schoß die Fenster meiner Schule entzwei (was auch angezeigt wurde; der Verdacht fiel wohl auf mich, ich wurde aber nicht gefaßt), ich fertigte mir einen sogenannten Katapult an und schoß damit Menschen und Tiere aus dem Bodenfenster. Namentlich machte es mir als 16jährigem Schüler in der Sekunda noch Vergnügen, die Pferde zu schießen, deren Führer sich das plötzliche Scheuen nicht enträtseln konnte, oder wir Jungen kauften uns eine Pistole, schossen in eine einsame Gegend, ich fiel zur Erde und stellte mich tot, es versammelten sich viele Leute, plötzlich sprang ich auf und lief davon. Weiter hatte ich einmal einem Bierkutscher während seiner Fahrt den Hahn eines Bierfasses aufgedreht, so daß der Inhalt herauslief; solche Streiche habe ich viele vollführt.

Daneben aber kamen auch wieder Momente über mich, in denen ich melancholisch war, oft tagelang; wie gesagt, ging zur Kirche, weinte, ohne zu wissen, weshalb, auch im Bett des Nachts. Stahl mich heimlich, namentlich des Sonntags abends, von Hause fort und wanderte stundenlang wie im Traumzustande in der näheren Umgebung der Stadt umher — unglücklich ohne Ursache —; einmal begegnete mir ein weinender Bettler, und ich gab ihm meine ganze Barschaft: So, armer Mann, nimm hin, ich brauche kein Geld; und ich weinte mit ihm. Aus den Mädels machte ich mir nichts; ich habe bis zu meinem 20. Jahre keinen weiblichen Verkehr gehabt, auch keinen Sexualtrieb.

Ich verließ das Gymnasium (Obersekunda), weil ich nicht recht fürs Studium geeignet schien, und wurde Bankbeamter. Ich kam zu einem sehr strengen Chef und habe mir auch während dieser dreijährigen Lehrzeit nichts zuschulden kommen lassen.

Meine Militärzeit als Einjährig-Freiwilliger gestaltete sich etwas bewegter. Anfangs mit großer Lust und Liebe, nein, ich will sagen, ich war stets ein Soldat mit Lust und Liebe. Trotzdem habe ich aber während dieser Zeit Momente erlebt, die auf einen krankhaften Geisteszustand schließen ließen. Auch als Soldat hatte ich oft Anfälle von Schwermut und Melancholie. Auf Wache habe ich stets des Nachts, den Blick nach oben, mich in den Himmel versetzt gewähnt und Gott ganz nahe bei mir



gefühlt, bei stürmischer Nacht am meisten. Die Eidesformel ist das Erste, was der Soldat auswendig lernen muß; sie ist leicht zu erlernen, jeder, auch der dümmste Rekrut, lernt sie. Für mich, als gebildeter Mensch, war das natürlich nicht schwer — trotzdem verließ mich einmal, als ich sie hersagen wollte, vollständig das Gedächtnis; ich war nicht imstande, sie zu sagen. Ich hätte mich in dem Moment töten mögen vor Scham.

Obgleich ich nun sehr tüchtig war, so kann ich noch heute nicht begreifen, wie ich dazu kam, einmal die Andacht zu stören während der Kirche, indem ich meinen Helm mit lautem Getöse zur Erde fallen ließ — es war mir, als ob mir etwas ins Ohr raunte: Paß' auf, wie sie sich alle umdrehen werden. Obgleich es mir eigentlich unangenehm war, so hatte ich doch den unwiderstehlichen Drang, das zu tun. Nachher schämte ich mich vor mir selbst und bat Gott, mir zu verzeihen.

Ein zweiter Streich konnte mich Zeit meines Lebens unglücklich machen. Ich verließ einmal nach einer Übung des Scharfschießens heimlich, als hinter der Front marschierender Unteroffizier, meine Kompagnie, um bequemer nach Hause zu kommen mit der Bahn. Man hatte das bemerkt und dem Hauptmann gemeldet. Das geschah auch mit großem Unbehagen, aber unter Ausschluß meines normalen Denkvermögens, unter einem plötzlichen Drange. Wirklich reumütig hörte ich die Strafpredigt des Hauptmanns mit an — nachher lachte ich darüber wie ein Narr.

Auch als Soldat hatte ich nicht das Gefühl einer normalen Sinnlichkeit; es fiel mir auf, daß ich oft impotent war, ohne viel Geschlechtsverkehr gehabt zu haben; ich war darüber manchmal unglücklich.

Ich habe auch noch andere dumme Streiche begangen, deren ich mich aber nicht mehr entsinnen kann.

Als verheirateter Bankbeamter mit 25 Jahren begann für mich nun eine Zeit, an die ich mit Grauen denke. Da ich sehr viel in meinem Leben gearbeitet habe, öfter bis nachts 1 Uhr ¼ Jahr lang, so wurde ich noch nervös, und ich vermute, daß durch diese Nervosität auch meine bis dahin verhaltene Sinnlichkeit zum Ausbruch kam. In den ersten Jahren meiner Ehe war mein Sexualgefühl normal. Aber je mehr meine Nervosität zunahm, desto sinnlicher wurde ich. Meine dummen Streiche hörten auf, aber eine Wandlung auf sexualem Gebiete trat bei mir ein. Ich habe meine Frau stets geliebt, konnte mich aber nicht enthalten, außer dem ehelichen Beischlaf, der rapide nachließ, mich anderswie zu befriedigen. Es war eigentlich keine Befriedigung, sondern nur ein qualvoller Drang, dem ich trotz allen Widerwillens unterlag. Willenlos fing ich an, Onanist zu werden. Immer tiefer und tiefer, je nervöser ich wurde, sank meine Energie, wenn ich überhaupt welche hatte — nein! Im Geschäft war ich tüchtig; in meiner freien Zeit war ich kein Mann, sondern ein Kind. Meine Onanie trieb mich hinaus ins Freie, an einsame Stellen — ich kam mir vor wie ein Blödsinniger —, nur in der freien Zeit hinaus; was da geschehen sollte — ich weiß es noch nicht, aber es sollte und mußte etwas geschehen.



Als ob ich hypnotisiert worden wäre, so stellte ich mich in das Gebüsch und onanierte vor Mädchen und Frauen, die da vorüberkamen. Mit qualvoller Angst und nachheriger Scham. Ich hatte meinen ganzen sittlichen Halt verloren; meine Frau hatte keine Ahnung. Ich trieb das so lange, bis ich gefaßt wurde. Ich verlor meine gute Stellung als Kassierer der D. Bank in Hannover. Es kam aber auch meine Frau nicht auf die gesunde Idee, mich heilen zu lassen. Wir waren ohne Verkehr und blieben für uns. Wir sind brave und redliche Menschen, aber waren damals verschüchtert, und aus Angst haben wir wohl nichts unternommen, um meine Heilung zu erlangen. Wir mußten Hannover verlassen und fuhren nach Halle zu unseren Verwandten. Hier wurde ich von meiner Frau streng bewacht und hatte ich die feste Absicht, nie wieder so etwas zu tun, sondern arbeitete eifrig an der Erlangung einer neuen Stellung, was mir indes so leicht nicht gelang. Trotzdem einige Monate ruhig verlaufen waren, erfaßte mich der unglückselige Trieb wieder. Es mag wohl auch zum Teil an meiner Frau gelegen haben, daß sie sich nicht genügend Mühe gab, mich an sich zu fesseln, d. h. öfter sich mir hinzugeben — wenn ich nicht zu ihr kam —, sie hatte mich nur selten animiert. Ich kann nicht sagen, daß ich keine Zuneigung zu meiner lieben Frau gehabt hätte — ich meine in geschlechtlicher Beziehung, nein —, wir haben uns sehr lieb, aber komischerweise fehlt bei uns der gegenseitige Antrieb, unsere Gefühle ineinanderfließen zu lassen in dieser Hinsicht. Kurz, meine Melancholie machte sich wieder bemerkbar und das Gefühl, daß ich im Grunde unglücklich war, teils aus verfehltem Berufe. Unbewußt trieb es mich wieder zu abendlichen Wanderungen an; ich unternahm wieder träumerische Spaziergänge in denselben Gegenden des Abends, die ich als Knabe vornahm. Ich war wieder der Onanie verfallen, und ich war dabei glücklich und tief unglücklich; ich tat es öfter, um mir wehmütige Gefühle zu verschaffen; ich befand mich in einem Taumel, in einer Fülle von gemischten Gefühlen, ich war geisteskrank.

In diesem Zustande geschah das Unglaubliche, daß ich wieder vor Frauen onanierte und zum zweiten Male gefaßt wurde. Nach meiner Verurteilung ging ich hinaus auf den Friedhof und — onanierte; ich wurde in ganz erschöpftem Zustande auf einem Grabe aufgefunden. Man sperrte mich ein, ich verbüßte meine Strafe in Berlin. Kein Mensch außer meiner Gattin wußte davon.

Mit äußerster Anstrengung fand ich bald eine Anstellung, und es schien fast, als ob meine Vernunft zurückgekehrt sei oder besser, als ob ich endlich ein normaler Mensch werden würde. 10 Jahre lang habe ich mich als fleißiger Beamter bewährt. Ich hatte die Fähigkeit in mir, meine Gedanken beisammenzuhalten, und obgleich wir geschlechtlich nur etwa achttägig verkehrten, so schien das alles gut zu sein. Indes vor 2 Jahren fiel ich mit dem Kopf auf den Rand der Badewanne, und ich fühlte nach und nach wieder eine Wandlung mit mir eintreten. Ich liebe die Natur



und habe bedeutenden Schönheitssinn. Während der ganzen Jahre meines Hierseins habe ich diesen Schönheitssinn für die Natur mit meiner Gattin sehr gepflegt. Jeden Sonntag sind wir draußen; ich interessiere mich für das Sammeln von Käfern und Schmetterlingen und betreibe diesen Sport auch heute noch. Dieser übergroße Schönheitssinn für alles, in dem die Schönheit zu finden ist, veranlaßt wohl meine Melancholie und hängt sehr mit meinem Sexualleben zusammen. Aber durch den unglücklichen Fall ist, wie gesagt, wieder eine Wandlung in mir vorgegangen.

Meine Wunde drohte wieder aufzubrechen, es kamen wieder Momente über mich, die mich unglücklich machten. Nicht nur meine Jungenstreiche, nein, auch sexuelle Verirrungen quälten mich von neuem. Langsam, immer mehr und mehr, als 40jähriger Mann hatte ich wieder unter dem Drucke der krankhaften Störung meiner Geistestätigkeit zu leiden. Trotz energischer Gegenwehr fing ich wieder an, dumme Jungenstreiche zu vollbringen. Z. B. machte ich mir einen Katapult, um allerhand Allotria zu treiben; ich schoß nach den Laternen, nach den Vögeln usw. Meine Frau verbrannte das Ding.

Beim Käfersammeln, wenn ich allein war und ich lag zum Ausruhen auf einer Wiese, überkam mich Melancholie und Lebensmüdigkeit; ich lag auf der Erde und schaute gen Himmel, bat Gott und erflehte Ruhe im Herzen, sprach mit ihm: „Sieh', alles um mich her erfreut sich der schönen Natur, Deiner Schöpfung, die Käfer, alle Insekten sind fröhlich und fliegen im Sonnenschein, weshalb liege ich hier so grundelend — ich, der ich doch tausendmal höher stehe, ich, der ich Dein Ebenbild sein soll! Mache mich zu einem vernünftigen Menschen, gib mir die Vernunft!" Oft habe ich so gelegen und bitterlich geweint — doch die ersehnte Gesundung, sie kam nicht. Ich trug immer den Drang mit mir herum, etwas zu erfinden, etwas zu unternehmen, etwas mußte geschehen. Ich belauschte draußen im Walde Liebespaare, wurde aber meistens entdeckt, und schamrot hatte ich dann viele unangenehme Situationen zu bestehen. Ekel erfaßte mich vor mir selbst. Auf der einen Seite von großem, übergroßem Schönheitssinn beseelt, andrerseits fähig, die ekelhaftesten, unnatürlichsten Dinge zu treiben. Wie oft habe ich während der Fahrt im „Hundekupee" das Schild „Für Reisende mit Hunden" herumgedreht usw., die Tür während der Fahrt geöffnet und heraushängen lassen, warum nur?

Auch heute noch habe ich oft den Drang, mich im Walde vor Frauen hinzustellen.

Im vorigen Jahre nun kaufte ich meiner Frau eine größere Puppe, damit sie damit spiele, obgleich ich kein Kinderfreund bin. Das geschah, von einer plötzlichen fixen Idee erfaßt, die ich nicht wieder loswerden konnte. Die Leute sahen mich in dem betreffenden Geschäft groß an, und ich wußte eigentlich nicht, was ich kaufen wollte.

Während des letzten Sommers hatte ich mir wieder einen Katapult

gemacht, um zum Fenster hinunter auf die Straße zu schießen. Meine Frau überraschte mich und verbrannte das Ding wieder.

Auch leide ich seit einiger Zeit an Kleptomanie; ich habe den Diebstahl gehaßt; nie in meinem Leben habe ich mich mit fremdem Eigentum bereichert. Ich gehe nie mehr allein in ein Geschäft, um etwas zu kaufen, ich weiß bestimmt, daß ich dann stehlen muß.

Öfters habe ich den unwiderstehlichen Drang, zum Fenster hinunterzuspringen; meine Frau hütet mich davor.

Auch habe ich in der letzten Zeit, so oft ich zum Fenster hinuntersah, die Passanten mit „pst!" angerufen, sahen die hinauf, dann rief ich ihnen „Guten Tag!" zu, oder ich verschwand vom Fenster. Warum? Ich spüre daran eigentlich kein Vergnügen, sondern immer nur unangenehme Seelenqualen. Auf der Straße, auf dem Heimweg, sehe ich die Nummern der Straßenbahnen und fange an, dieselben zu addieren, bis ich, erschöpft, die Summe, die dann in die Hunderttausende geht, nicht mehr behalten kann, und so beschäftigen meinen Geist unter einem Zwange die unglaublichsten Wahnideen.

Neulich nun hatte ich eine Vision. Ich wurde von einem Etwas, das mich angrinste, ich kann nicht sagen, war es eine bestimmte Gestalt — nein, es überkam mich eben ein grinsendes Gefühl, ich stand an einem Automaten und hörte das unheimliche, rätselhafte Surren desselben, dieses grinsende Gefühl und nebenbei eine wie unsichtbare Hand drängten mich dazu, da hinein auch etwas zu stecken, wie es das Etwas auch tat. Ich wehrte mich vor der Ausführung des Gedankens wohl noch in dem Bewußtsein, daß das doch nicht anständig sei, jedoch der Gedanke hatte sich in mich festgekrallt und ließ mich nicht mehr los. Anfangs wollte ich Steine, Sand hineinstecken. Meine erfinderische Idee aber fiel auf Blechmünzen, die ich wider Willen mir anfertigte bzw. Bleimünzen. Ich suchte mir altes Blei zusammen, und um den Münzen die ungefähre Form eines Groschens zu geben, entsann ich mich auf ein Experiment, welches uns als Schüler in der Schule gelehrt wurde. Mittels eines Gipsabgusses verfertigte ich mir die äußerst ungeschickte und plumpe Form eines Groschens — zufällig auch hatte ich einige Tage vorher mir etwas Gips gekauft und Zement, um eine schadhafte Stelle in der Wand meiner Küche selbst auszubessern — die ich selbstverständlich nicht verwenden konnte, denn es war mir längst klar, daß man auf die Weise, wie ich es tat, indem ich Blei in die Gipsform goß, keinen Groschen erzielen konnte. Ich schlug nun erst das Bleistück breit und bearbeitete dasselbe nun mit einer Feile unter langer, langer, mühevoller Anstrengung, so daß ich, nachdem ich etwa 15—20 hergestellt hatte, einsah, daß das Unsinn sei. Ich hatte nun auch gar nicht am andern Tage die Absicht, wenigstens sträubte ich mich davor, die Dinge zu verwenden. Aber der unwiderstehliche Drang kam wieder, ich zerkratzte mir den Kopf, hatte keine Ruhe, simulierte und dann verlor ich ganz das Bewußtsein einer bösen Tat. Ich verwendete anscheinend



keine richtigen Groschen, da ich die Untergrundbahn wenig benutze und ich auch nicht gewußt hätte, was ich mit den Karten anfangen soll. Das Etwas sagte mir, „du brauchst dich ja gar nicht zu bemühen, das lohnt doch gar nicht, versuch es nur, stecke sie doch nur ruhig hinein", und ich unterlag auch. Die wenigen Karten der Untergrundbahn, die ich zog, habe ich vor Scham sofort zerrissen und weggeworfen. Ich fiel unglücklicherweise an einem der nächsten Tage von der Stufenleiter auf den Rücken und Kopf und lief wie im Taumel umher. In dieser Zeit geschah es, daß ich in völliger Geistesumnachtung bzw. in krankhaftem Zustande meines Geistes die Tat noch einmal an einem Briefmarkenautomaten beging, wobei ich ertappt wurde. Ich habe das aufrichtige Gefühl, daß ich mich nicht bereichern wollte um die lumpigen Groschen, sondern im unwiderstehlichen Drange, von der fixen Idee erfaßt, gehandelt habe. Ich habe gar keine Korrespondenz und die Marken und Karten zur momentanen Benutzung nicht nötig gehabt; ich habe mich stets in geordneten Verhältnissen befunden und war zurzeit im Besitze von etwa über 100 M. Bargeld. Möge Gott, der mich so hart prüft und straft, verhüten, daß ich als Dieb gebrandmarkt werde, sondern den guten Menschen die richtige Erkenntnis geben, daß ich im krankhaften Geisteszustande gehandelt habe. Ihr guten Mitmenschen, helft mir, es ist Eure heilige Pflicht. Zieht mich zu Euch hinauf; ich will der Menschheit ein nützliches Mitglied sein, das ist mein ehrlicher Wille. Ich küsse Euch die Hände.

Sollte ich für die wahnsinnige Tat wieder bestraft werden, dann verzichte ich auf ein Weiterleben und möge dann Gott meiner Seele gnädig sein."

„Seit mehr als 20 Jahren verspüre ich auf dem Kopfe ein eigenartiges Gefühl, anscheinend die Folge der unruhigen Geistestätigkeit. Lange, lange Zeit, namentlich im Dunkeln, sitze ich stumpfsinnig in der Ecke des Sofas und grüble über etwas nach. Ich kann jedoch niemals einen Gedanken richtig ausdenken, da ich infolge des prickelnden Kitzels auf meiner Kopfhaut mir Wunden gekratzt habe (mindestens 20 Jahre alte), die verheilen und immer wieder von neuem aufgekratzt werden, obgleich ich mir der Gefährlichkeit recht bewußt bin und meine Frau immer und immer wieder die Hand herabzieht, bin ich nicht imstande, das zu unterlassen."

„Meine Eltern sind beide tot. Mein Vater starb an Rheumatismus und Arterienverkalkung, war Bierbrauereibesitzer und später Rentner. Ich hatte zu demselben keine Zuneigung und keine Kindesliebe, da er sehr, sehr strenge war und mich als Kind fast barbarisch gezüchtigt hat, und zwar öfter wegen kleinen Vergehens, so z. B. hatte ich als zwölfjähriger Knabe den Drang, mich in der Umgebung meiner Vaterstadt herumzutreiben und allerlei dumme Jungenstreiche zu vollführen. Z. B. ich stand



auf einer Eisenbahnbrücke und schoß mittels eines Katapultes Steine oder Bleikugeln in den Schornstein der unter mir hindurchfahrenden Lokomotive oder schoß auf den gewöhnlich auf dem letzten Wagen sitzenden Beamten eines Güterzuges, schoß nach den Vögeln und überhaupt auf alle Leute, die mich nicht erwischen konnten, z. B. über die Saale nach den am gegenüberliegenden Ufer spazieren gehenden Leuten, namentlich aber sehr gern nach den Polizisten und freute mich dann ihrer Ohnmacht. So trieb ich mich denn auch bis spät in die Nacht hinein auf den Jahrmärkten herum. Einmal stand ich den ganzen Tag bis um 12 Uhr nachts am Kaspertheater, wo mich mein Vater aufsuchte; ich bekam dann zu Hause solch barbarische Schläge mit dem eichenen Spazierstock, daß ich von meiner Mutter halb tot ins Bett getragen wurde und krank wurde. Ich liebte meine Mutter sehr und war schon als Kind erfüllt von kindlicher Dankbarkeit für alle die Sorge und Pflege, die meine Mutter mir angedeihen ließ. Sie erkannte mein weiches, dankbares Gemüt, und so war ich auch ihr Lieblingskind. Indes konnte ich bei meiner allzu großen Bescheidenheit, fast möchte ich sagen Blödheit, meine Liebe zu ihr nicht so von mir geben, sondern ich trug diese Liebe still in meinem Herzen; auch heute noch bin ich bei meinem allzu großen Schönheitssinn, der mich ja Gott so nahe bringt, von einer sehr sensiblen Natur.

Ich liebe meine Mitmenschen und beklage, daß sie nicht alle glücklich sind; ich beklage das viele große Elend unter der Menschheit und kann nicht begreifen, weshalb Gott die Menschen, die doch sein Ebenbild sein sollen, so hart prüft. Ich habe das Gefühl, als ob Gott gerade den Menschen, die er liebt, ein hartes Los hier auf Erden beschert, so auch mir — und das allein ist ein schwacher Trost für mich, daß ich mich Gott so nahe fühle.

Meine Geschwister sind gesund, bis auf meinen mißratenen jungen Bruder, der auch das Bankfach erlernte, äußerst tüchtig war, jedoch durch seinen großen Leichtsinn, Trunksucht und Hang zu liederlichen Frauenzimmern, gewissenlosem Schuldenmachen ein abenteuerliches Leben führt und der mit mir in keinerlei Beziehungen steht. Meine jüngste Schwester, die in Halle eine Privatklinik besitzt, ist pervers veranlagt. Sie hat nur Damenverkehr und sind ihr die ganzen Geschwister gleichgültig.

Als Knabe hatte ich leichte Auffassungsgabe, kam jedoch nicht in der Schule recht vorwärts, da ich die zu Hause gelernten Aufgaben nicht im Gedächtnis behalten konnte; ich litt zuweilen an großer Gedächtnisschwäche, auch habe ich heute noch kein gutes Gedächtnis; ich wurde deshalb von meinem Vater mit dem Reifezeugnis zum Einjährigen vom Gymnasium genommen und ich wurde Bankbeamter, da mein Vater glaubte, daß ich nicht fürs kaufmännische öffentliche Leben geeignet sei, da er also glaubte, ich würde mich nicht als selbständig behaupten können.

Als Kind schon hatte ich (z. B. als 14jähriger Knabe) melancholische Anfälle; so schenkte ich z. B. einmal bei meinen abendlichen Streifzügen in der Umgebung einem alten weinenden Bettler meine ganze Barschaft



und weinte auch mit ihm und fühlte mich selbst so unglücklich wie dieser. Ich hatte niemand davon erzählt, sondern fühlte mich allein glücklich, da ich weiß, daß man sich seiner schönen Tat nicht rühmen soll, erst dann findet sie bei Gott Wohlgefallen. Diese melancholischen Anfälle und religiösen Selbstgespräche, Unterhaltung mit Gott, habe ich auch heute noch.

Seit vielen Jahren schon onaniere ich, nicht indem ich mir etwas dabei vorstelle, etwas Sinnliches, z. B. einen schönen Frauenkörper oder dergleichen, nein, nur aus eigenem inneren Drange angespornt, nur um mir selbst zu genügen; ich liebe meinen eigenen gutgebauten Körper.

Haare kann ich nicht leiden auf demselben, z. B. am Geschlechtsteil, sie sind häßlich und verunstalten den Körper, dagegen auf dem Kopfe sind Haare schön, und ein Kopf mit vollem Haarwuchs ist für mich etwas Schönes und ruft gewissermaßen sinnliche Gefühle in mir hervor. Da ich die Haare am Geschlechtsteil nicht leiden mag, so rasiere ich mir dieselben stets ab.

Ebenso ist ein schönes Auge für mich der Inbegriff aller göttlichen Schönheit. Es ist mir z. B. öfter passiert, daß, wenn ich in ein schönes Auge sehe, gleichviel ob in ein männliches oder weibliches, ich von einem unbeschreiblich seeligen, glücklichen Gefühl erfaßt werde, wie in den Himmel getragen, von einer himmlischen Macht gehoben, bete ich die Schönheit an. Gleichzeitig fühle ich mich nicht als Mensch, sondern als die Sinnlichkeit selbst, und heiße Schamröte bedeckt mein Gesicht und habe geschlechtliche Erektionen.

Auch leide ich an Kleptomanie schon seit langen Jahren. Ich habe auch bereits einen Gegenstand, es war einer, den ich absolut nicht verwerten konnte, ein ganz billiger Artikel, ein Kindernotizbuch, in der Hand gehabt, um ihn zu entwenden, aber ich konnte mich noch rechtzeitig beherrschen und legte ihn wieder hin. Seitdem gehe ich möglichst nicht allein in ein Geschäft, sondern lasse alles von meiner Frau besorgen oder gehe mit ihr, denn ich weiß genau, daß ich stehlen muß.

Ich beobachte auch im Walde die Liebespaare, obgleich mir das seelische Qualen bereitet, denn ich werde doch meistens zur Rede gestellt und gesehen; einmal war es mir aber doch gelungen, eine Geschlechtsszene mit anzusehen, was mir Erektion verursachte; ich onanierte dann sofort, als ich das Taschentuch des betreffenden Mädchens, womit diese sich gereinigt hatte, aufhob — unästhetische Handlungsweisen von meinen Mitmenschen sind mir zuwider — und es lange berochen hatte. Ich inkliniere überhaupt für sinnliche Gerüche, z. B. starke, süß duftende Parfüms erigieren mich, auch der Geruch der Geschlechtsteile.

Für Bier habe ich keine Neigung; ich trinke sehr selten Bier, dagegen esse ich viele, viele Süßigkeiten, Schokolade, Bonbons; wenn ich nichts gleich zur Hand habe, dann esse ich auch Zucker. Dagegen rauche ich viel und finde in dem Genuß der Zigarre ein sinnliches Betäubungsmittel.



Einmal vor einem Jahre kaufte ich mir eine Puppe, um vielleicht selbst damit zu spielen, schenkte sie dann aber meiner Frau.

Ein schöner Körper, gleichviel ob weiblich oder männlich, erigiert mich, z. B. bin ich im Theater und sehe die Beine der Balletteusen, dann muß ich auf dem Abort onanieren. Öfter auch sofort, indem ich auf meinem Platze die Hände in der Hosentasche habe.

Ich habe schwere Träume: ich befinde mich oft in einer engen Gasröhre, die öfter auf den Straßen liegen, so daß ich mich nicht bewegen kann und dann fühlen muß, wie ich langsam immer mehr und mehr ersticke. Ich springe aber auch öfter des Nachts aus dem Bett mit dem Kopfkissen unter dem Arm und will zur Schule gehen und würge auch meine Frau des Nachts; öfter sitze ich auch des Nachts plötzlich auf dem Sofa, ohne es zu wissen. Als zehnjähriges Kind wurde ich des Morgens oft in der Wiege meiner kleinen Schwester zusammengekauert gefunden, ohne zu wissen, wie ich da hineinkam. Im Traum falle ich sehr oft vom Himmel zur Erde und habe dabei wollüstige Empfindungen, indem mir die Luft ausgeht.

Ich habe wollüstige Gefühle, wenn ich unter der Gewalt eines mir sympathischen Menschen stehe, der mir befiehlt, das oder jenes zu tun.

Auch heute noch habe ich den Drang, irgendeinen dummen Jungenstreich auszuführen, ohne zu wissen, warum.

Zum Spielen bin ich sehr geneigt. Hätte ich Bleisoldaten, dann würde ich mich ganz sicher damit beschäftigen. Neben allem diesen bin ich sehr geschickt, z. B. habe ich mir einen Schrank mit 36 Kästen sauber angefertigt, gebeizt und poliert, mit Glasfenstern, zum Zwecke der Aufbewahrung meiner Insektensammlung. Ich beschäftige mich des Sonntags in der Natur mit Insektenfang und bin in der Wissenschaft des Insektenlebens ziemlich gut orientiert. Ich betreibe diesen Sport mit allem Ernst, indem ich mich bei der Beschauung der schönen Natur, in der Anbetung derselben Gott so nahe fühle, und habe auch hier oft, indem ich auf einer einsamen Wiese oder am Waldesrand liege, religiöse Anwandlungen. Aber beim Beobachten des Insektenlebens habe ich auch erregte Momente, z. B. bei der Begattung eines Bockkäfers beobachte ich so oft, wie der Begattungsakt vor sich geht; es ist ein Gewaltakt, indem das Männchen das Weibchen mit aller Gewalt festhält und vergewaltigt; es läßt ihm nur einige Minuten Ruhe, um ein Ei abzulegen und wiederholt dann sofort den Gewaltakt, und so fort bis zum 10. Male. Man kann die Geschlechtsteile sehen und den Penis des Männchens in Erregung sehen. Dabei errege ich mich selbst und kann von dieser Beobachtung nicht loskommen.

Neulich, vor ca. 14 Tagen, hatte ich eine Vision oder befand mich in einem halb wachen Traumzustande. Ich sah eine Hand vor mir, welche mich auf einen Automaten wies, eine weiße, geisterhafte Hand. Dann sah ich ein geisterhaftes Gesicht, aber nicht in einer deutlichen Form vor mir, welches mich zu einem Automaten trieb, mich überkam ein nicht



wiederzugebendes, eigenartiges Gefühl, und ich befand mich im Banne dieser Vision, welcher ich mich völlig unterwerfen mußte, gleichsam als ob ich im Befehle einer Macht stände. Der Automat rollte, indem etwas da hineingesteckt wurde, viel mehr und immer mehr; ich sah deutlich, wie der Automat funktionierte, hundertmal hörte ich das Klingeln, wenn jedesmal eine Karte herausfällt. Ich ging in ein Geschäft unter dem magischen Eindruck dieser Inspiration. Der Gedanke an den Automaten, den ich auch am Tage immer wieder im Geiste sah, beschäftigte mich während der Arbeit fort. Beim Nachhausewege, auf welchem meine Gedanken, losgelöst von der Arbeit, sich in allen möglichen Unmöglichkeiten und Dummheiten bewegten, ist in mir der Gedanke aufgetaucht, auch möglichst viel in den Automaten zu stecken, was, ist einerlei, Steine, Sand oder dergleichen. Zu Hause nun, nach dem Abendessen, setzte ich mich in meine Grüblerecke des Sofas, und bei heftigem Widerwillen wurde der Gedanke reif, auf alle Fälle den Automaten zum immerwährenden Funktionieren zu bringen. Da mir einleuchtete, daß das nicht mit Sand, Steinen geschehen konnte, ich aber auch nicht wußte, was ich mit den vielen Karten beginnen sollte, wenn ich 10-Pfennigstücke hineinwarf, und um meiner Erfinderidee zu genügen, so entsann ich mich auf ein Experiment in der Schule, daß man mittels Gipsabdrucks doch wohl eine Scheibe aus Blei herstellen könne. Ich machte also den Abdruck eines 10-Pfennigstücks mittels Gips und goß altes Blei hinein. Da sich nun in den gewonnenen plumpen Formen einige Abzeichen des 10-Pfennigstückes zeigten, so feilte ich diese ab, weil es mir peinlich war oder ich nicht vor mir selbst als Fälscher erscheinen wollte, und schlug die Formen erst ganz breit und feilte sie zurecht. Nun hatte ich ungefähr 15 Stück; einige übrige wollte ich gar nicht weiter anfertigen, da es mir doch zu schwierig war; ich genierte mich nun den nächsten Tag, meinen Plan zur Ausführung zu bringen, sondern hatte diese Scheiben einen ganzen Tag in der Tasche. Auf dem Nachhausewege aber des Abends bekam ich doch den unwiderstehlichen Drang, diese Dinger in den Automaten zu stecken (oder war es am nächsten Morgen, das weiß ich nicht mehr genau), der Gedanke hatte mich aber mit aller Gewalt gepackt, und ich konnte mich nicht mehr erwehren, den Dummenjungenstreich auszuführen.

Ich hatte das Bewußtsein einer bösen Tat völlig verloren, ich wollte niemand betrügen oder schädigen, nur einen meiner Jungenstreiche ausführen. Ich verwandte also einige dieser Scheiben, und ein glückliches Gefühl überkam mich, daß es mir gelungen war, eine Gegenerfindung gemacht zu haben. Zugleich aber hatte ich auch das Gefühl, daß ich unrecht gehandelt hatte, und zerriß diese Karten sofort. Die eine, welche bei mir gefunden wurde, wird wohl nicht davon sein, da ich mir auch vorher 2 Stück gekauft hatte, aber nur eine benutzt hatte, diese sollte zur Rückfahrt dienen. Das weiß ich nicht mehr genau. Ich hatte nun die Absicht, das nicht mehr zu tun, trug aber immer noch ca. 9 Stück mit mir herum.



1 oder 2 Tage darauf, als ich mittags aus dem Geschäft kam, benutzte ich nun nicht, wie gewöhnlich, den Autoomnibus Nr. 9, der mich nach Hause bringen sollte, sondern ging zur Königstraße hinunter. Am Postamt blieb ich stehen und entsann mich ganz plötzlich, daß da ein Automat steht. Es zog mich in unwiderstehlichem Drange dahin, und ich mußte wieder einige, drei Stück, Scheiben da hineinwerfen. Mit vielen Seelenqualen tat ich das, da ich doch nun einmal schon das getan hatte. Ich wurde dabei gefaßt und angezeigt; ich hatte zwei 5-Pfennigmarken gezogen und zwei 10-Pfennigmarken, die ich sofort in meiner Aufregung verlor bis auf eine 5-Pfennigmarke. Ich wußte nicht, warum ich gerade Marken zog, da ich keine Korrespondenz zu erledigen hatte.

Am Morgen des Tages, an welchem ich die letzte Tat beging, hatte ich das Unglück, von der Stufenleiter zu fallen, auf den Rücken, und schlug mit dem Kopf auf die Erde auf. Ich vermute, daß mir der Umstand alle Überlegung und Besinnung raubte, sonst hätte ich es wahrscheinlich das zweite Mal unterlassen.

Ich wende mich nun zur Mitteilung der diese umfassenden Selbstangaben des Herrn B. ergänzenden Bemerkungen, die in der hier über Herrn B. geführten Krankheitsgeschichte enthalten sind.

Anamnese: Vater 59jährig an Arterienverkalkung gestorben (war Brauereibesitzer); Potator; war sehr leidenschaftlich. Mutter 63jährig an Erkältung. 7 gesunde Geschwister; 1 Bruder hat sehr ausschweifend gelebt — war ins Ausland gegangen. Mißraten.

1913. 25. XI. Wurde heute aus der Nervenheilstätte hierher verlegt, weil er gehemmt erschien und Äußerungen von Lebensmüdigkeit tat.

Spricht sich hier auch hoffnungslos aus: es sei ihm alles verloren nun — er könne nicht mehr in die Höhe kommen.

Spricht leise, ziemlich monoton — liegt im Bett nach der Wand zugekehrt —, will nicht essen, da er keinen Appetit habe.

26. XI. Hat die Nacht gut geschlafen, klagt aber über Schwindelgefühl.

Erzählt von seinen Träumen: von der Tonröhre (vgl. Autoanamnese; die Röhre sei so gewesen, wie sie immer auf der Straße liegen — zirka von seiner gewöhnlichen Größe; die Röhre sei immer enger geworden).

Von dem Fallen (s. ebenda): sein Gefühl dabei sei ängstlich und schön zugleich gewesen, kitzelnd, Art Wollustgefühl; er fliege eine Zeit in der Luft herum, komme dann sanft zur Erde. Sei dabei im Hemd gewesen.

Selten von Tieren geträumt: von seinen Käfern — wie er solche fange —, recht viele seltene fange.



Auch mal von weiblichen Wesen: das auf seinem Schoß sitze, das er umarme ohne sexuelles Gefühl: das komme dann später.

Er leide am Trieb, Gegenstände sich anzueignen — ganz gleich, was, es reizt der Gedanke, „einen Streich zu vollführen". Nehme gern Damenstrümpfe: Farbe einerlei; die schöne Form reize ihn, besonders wenn er aufgezogen sei. Auch seidene Hemden, Korsetts — alles weibliche Unterzeug. Bleibe lange bei solchen Auslagen stehen, habe Erektion dabei — möchte alles haben.

Habe auch solche Sachen gekauft und angezogen, z. B. weibliche Hemdhose; wenn seine Frau nicht da sei, ziehe er es schnell an, stehe vor Spiegel, freue sich an seinen eigenen schönen Formen. Onaniere dann. Tue das auch nackt.

Habe auch Unterrock seiner Frau angezogen, sei im Zimmer damit umhergegangen, um sich Wollustgefühl zu verschaffen. Er fühle sich direkt als Weib (schon seit einigen Jahren); denke z. B., er habe weibliche Geschlechtsteile, das Gefühl befriedige ihn, er fühle sich dabei glücklich. Er bestreiche sich, fasse seine Formen, bilde sich ein, ein Weib zu sein.

Habe das Gefühl, als sei er zufrieden, wenn er vergewaltigt werde, z. B. von ihm selbst in der Eigenschaft als Mann. Denke sich, er werde zu Boden geworfen — aufs Bett gedrückt —, man fessele ihn, vergewaltige ihn, und zwar er sich selbst — nicht ein Fremder.

Er fühle das dann auch am ganzen Körper, besonders im Kopfe. Sei dabei glücklich. Fühle auch den Geschlechtsakt selbst, denke sich ganz in die Situation des Weibes hinein.

Zu Ejakulation komme es dabei nicht, nur zu Erektion.

An Selbtkindbekommen denke er nicht.

Weibliche Neigungen habe er sonst nicht, nur die, sich so zu bekleiden. Habe mal daran gedacht, so gekleidet auszugehen; der Gedanke sei wieder weggegangen.

Völlig bekleide er sich nicht mit weiblicher Kleidung; dann habe er keine Befriedigung mehr, „weil die Schönheitsformen dann wegfallen, verdeckt werden".

Habe viel gelesen: Klassiker, Romane (Liebesromane), russische Sachen: von Sacher-Masoch. Wie er darauf gekommen, wisse er nicht. Finde auch Gefallen an Schilderungen aus dem amerikanischen Sklavenleben: denke sich dabei immer in der Rolle des (gemißhandelten) Sklaven.

Habe sich oft Bilder von Geschlechtsakten gekauft, besonders nach Vergewaltigungsszenen gesucht.

Auch selbst solche gezeichnet (auf Bank liegendes Weib, das gezüchtigt wird; dachte sich in deren Rolle hinein), auch Geschlechtsakte zwischen Mann und Weib, regte sich dabei geschlechtlich auf.

Anonyme Karten oder Briefe habe er nicht geschrieben. Habe aber mal (im Geschäft) Schilderung verfaßt: Schreiben eines Mannes an sein Mädchen mit Beschreibung, wie sie sich treffen und was sie dann alles

für geschlechtliche Akte miteinander machen wollten; habe den Brief auf die Straße geworfen, sei in der Nähe geblieben, um zu sehen, wer ihn aufhebe. Wollte dann dessen geschlechtliche Erregung beobachten. Nachdem erst ein Herr den Brief aufgehoben und wieder weggeworfen, habe ihn eine Dame aufgehoben, die ihn dann auf einer Bank in den Museumsanlagen unter vielem Kopfschütteln gelesen habe.

Er habe dann später noch einmal einen ähnlichen Brief geschrieben, dann aber nicht abgeschickt oder dergleichen, sondern wieder vernichtet.

28. XI. Die Haare seien ihm seit 5—6 Jahren ergraut. Als Soldat sich sehr gut geführt.

Seine Genitalhaare rasiere er seit 5—6 Jahren. Abneigung gegen Behaarung, schon immer; habe auch den Schnurrbart immer kurz getragen — nur der Frau wegen nicht abrasiert.

1896 Heirat. Keine Kinder: wollte keine (geringes Gehalt), taten aber nichts dagegen.

Auf den zurechtgemachten Metallplatten sei keine Zahl gewesen: habe sie weggefeilt. Tat das Ganze, um einen Streich zu spielen — „aus Freude, etwas zu erfinden, was der Erfindung des Automaten ein Schnippchen schlagen kann", eine Gegenerfindung. — Habe erst nicht gewollt, sich gegen den Gedanken gewehrt.

Die Hand, die er damals gesehen, sei ihm eine weiße Gespensterhand gewesen, die sich vor ihn stellte und ihn auf den Automaten hinwies. Das geschah zu Hause. Sah den Automaten ganz deutlich, hörte das Schnurren: das regte ihn besonders an — eine Art Lustgefühl, etwas zu unternehmen.

Habe erst nicht daran gedacht, den Streich zu machen, sei ins Geschäft gegangen; erst nach der Rückkehr habe er dann die Bleistücke zu machen begonnen.

Das Brüllen der wilden Tiere im Zoologischen Garten mache auf ihn Eindruck, erfülle ihn mit Art Wehmut.

Könne keine Musik hören, ohne wehmütig zu werden.

Mit dem Katapult habe er nach Laternen geschossen.

Vor 2 Jahren habe er oft klingende Nägel vor Leute auf der Straße geworfen: sie sollten erschrecken — sich umsehen. Jetzt habe er oft Leute durch „Pst!" angerufen: „um die Leute nach mir hinzulenken"; er habe eigentlich nichts davon. Früher auch Trieb, Klingeln zu ziehen. Als er neulich mit seiner Frau abends nach Hause kam, wollte er durch Einklemmen eines Streichholzes die Treppenbeleuchtung dauernd machen, damit immer Licht sei.

Gelegentlich Lust, falsche Bestellungen zu machen — habe es nicht ausgeführt.

Sei 10 Jahre bei der Bank, habe jedes Jahr Zulage bekommen. Erhalte jetzt 3400 M., habe Buchhalterarbeit — nur Zahlenarbeit. Sei nicht energisch — vielleicht infolge der Onanie.

Freunde habe er eigentlich nicht: er vertraue seine Geheimnisse nicht an; finde niemand, weil er meine, sich nicht aussprechen zu können.

Vor ca. ¼ Jahr habe er sich mal seine Handfläche mit Kreide beschmiert und dann auf dem Rücken eines Dritten abgedrückt.

Bestraft: vor 10 Jahren wegen Onanie im Badezimmer bzw. auf dem Balkon mit 50 M.; ein junges Mädchen habe das sehen können, wenn es das Operngias benutzte; habe das auch getan. Wisse nicht, wie er dazu gekommen. Dann kam wieder der Trieb stärker, sich abends herumzutreiben: onanierte im Gebüsch. Schutzmann sah es, zeigte ihn an: bekam 4 Wochen Gefängnis, die er in Tegel verbüßte, damit es in Halle nicht bekannt wurde.

Seit 3 Jahren habe er wieder mehr Neigung zu Streichen.

(Irrtum/Lüge?) (besinnt sich lange): Lüge etwas, was nicht wahr ist, Irrtum eine Meinung, die wirklich — man sich einbildet, was nicht der Fall ist.

(Krug geht usw.) man tut etwas Unrechtes, bis man schließlich so viel Schuld auf sich gehäuft, daß es doch ans Tageslicht kommen muß.

(frisch gewagt usw.) (gut definiert).

(Reichstag/Landtag?) — Reichstagsabgeordnete, die die Wünsche der Bürger zur Sprache bringen, Landtag — bin ich nicht so orientiert.

(Wahl zum Reichstag?) geheime Abstimmung.

(zum Landtag?) — öffentlich.

(Fluß/Meer?) fließendes — stehendes Gewässer.

(steht die Nordsee?) ja — es ist kein Abfluß da.

(Charfreitag?) Christi Kreuzigung.

(Vorher?) Gründonnerstag — Christus auf dem Ölberg.

(evang. Religion seit?) seit Luther.

(Luther lebte wo?) Worms — nein — — Weimar.

(auf Wartburg?) ach Wartburg, ganz recht.

Pat. ist über mittelgroß, kräftig gebaut. Haupthaar schon verhältnismäßig stark ergraut. Ernährungszustand gut. Gesichtsausdruck leidend, fast finster. Spricht mit schwacher, leicht heiserer Stimme. Die Genitalhaare sind ganz kurz: nachgewachsen, nachdem sie (wie er angibt) vor etwa 8 Tagen abrasiert wurden. Genitalien o. B. Deutliche Stärkerentwicklung der Mammae, die starken Hof zeigen und daran starke Behaarung. Hüftbreite geringer als Schulterbreite. Kopfperkussion nicht schmerzhaft; am Hinterkopf etwas empfindlich. Wirbelsäule nicht druckempfindlich. Dermographie deutlich. Motilität ohne Störung. Grobe Kraft an Armen und Beinen gut. Pupillen reagieren auf L. und A. Augenbewegungen frei. Geringes Lidzittern beim *Romberg*schen Versuch: dieser schwach positiv. Zunge gerade vor, zittert nicht. Gaumen o. B. VII. eher Differenz. Bauchdecken-, Patellar-, Achilles- und Kremasterreflexe von normaler Beschaffenheit. Keine Störungen der Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit. Reflexe an der oberen Extremität o. B. Geringer Tremor

digitorum. Lunge: normales Atemgeräusch. Herztöne rein. Puls regelmäßig, nicht besonders beschleunigt (84—88 Schläge). Urin frei von Eiweiß und Zucker. Auf dem behaarten Kopfe finden sich mehrere Borken, von selbst erzeugten Kratzwunden herrührend.

Zum Schlusse füge ich noch einige Mitteilungen an, welche mir die Ehefrau des Herrn Johannes B., Frau B. B., in einem Brief an mich niedergelegt hat. Frau B. schreibt:

„Meines Mannes ganzes Tun und Wesen kann wirklich keines normalen Menschen sein. Sein immerwährendes Vorsichhinstarren und -sprechen und sich dabei die Haare bündelweise Herausreißen — die Hand ist immer auf dem Kopfe —, und frage ich: Was hast Du nur? dann kann er mir nicht antworten. Auch des Nachts springt er auf und läuft im Zimmer auf und ab, oder er faßt mich um den Hals oder sonstwo und schüttelt mich grob hin und her. Dann sagt er wieder: Sieh, jetzt müßte ich eigentlich sterben, wenn alles richtig zuginge. Und das geschieht so oft, ach so oft, dieses ruhelose Herumlaufen. Geht er nun auf den Balkon, dann sagt er: Meine Füße heben sich, ich muß herunter, da werde ich schon gesund werden. Und dann neckt er wieder die Leute und sagt ihnen „Guten Tag!“ oder spricht: Ich kenne Sie ja gar nicht. Eines Tages überrasche ich ihn dabei, wie er mit einer Schleuder auf die Laternen zielt. Zwei davon habe ich schon verbrannt. Ich frage: Was machst Du nur? Warum machst Du das? Antwort: Ja, warum mache ich das? Kann ich nicht um ihn sein, bin ich in Sorge und Angst. Auch sitzt er bis spät in der Nacht auf und sagt: Ich muß was schaffen; ich habe meinen Beruf verfehlt. Da hat er Gips und Brotteig und macht allerhand Figuren. Eines Tages kommen Bretter aus einer Fabrik, um sich einen Schrank zu bauen. Herr Doktor, es sind so viele Sachen, die kein erwachsener normaler Mensch macht. Sein schlimmstes Leiden ist wohl die Selbstbefriedigung. Wie oft, ach wie oft muß ich das mit sehen. Glaubt er sich unbeobachtet, dann macht er solche Sachen. Die ersten Jahre machte ich ihm Vorwürfe darüber, da war er wohl beschämt und weinte wohl auch. Aber er kann und konnte es nicht lassen; zumal vor zwei Jahren fiel er von der Badewanne. Er stand auf dem Rande derselben, um vom Hängeboden etwas zu nehmen; da rutschte er ab und schlug mit dem Kopf auf den Rand der Wanne. Ich fand, daß seit dieser Zeit sein Zustand immer schlechter wurde. Und so gingen die jungen Jahre dahin. Ich habe alles getan, was ich konnte, aber es blieb. Er konnte es wohl nicht lassen. Und nun bitte ich Gott, daß er für seine Taten nicht bestraft wird. Ist er nicht schon so beklagenswert und unglücklich? Geehrter Herr Doktor, nicht wahr, es wird Ihnen zu wenig sein, was ich schrieb. Bitte sehen Sie es doch in den wenigen Worten, was ich Ihnen noch alles sagen möchte. Sein ganzes Wesen und Leben ist mir ein Rätsel.“

Analyse des Falles. — Der Bankbeamte Herr B., geboren am 7. Oktober 1870 zu Halle a. S., verheiratet, zuletzt wohnhaft in Berlin, ..., kam am 24. November 1913 in die Nervenheilstätte zu Lankwitz.

Herr B. zeigte eine außerordentlich niedergedrückte, weinerliche und durchaus ratlose Stimmung. Ich sah ihn verzweifelt die Hände ringen, und immer wieder brachte er zum Ausdruck, daß er sich als unbegreifliches Rätsel vorkomme und seine Handlungsweise ihm unverständlich bleibe. Herr B. erzählte ohne jeden Rückhalt die ihm zur Last gelegte Handlung und beteuerte unter Tränen, daß es ihm durchaus ferngelegen habe, sich irgendwie unrechtes Gut aneignen und damit bereichern zu wollen. Er weist darauf hin, daß er seit langen Jahren in geordneter Vermögenslage lebe und eine angesehene Stellung innehabe. Schon mit Rücksicht auf sein auskömmliches und völlig ausreichendes Gehalt erscheine ihm seine Tat durchaus widersinnig und unfaßlich. Zur Zeit, wo er die in Frage stehende Handlung ausführte, habe er ein ganz ansehnliches Barvermögen besessen, so daß auch nicht im entferntesten eine Notlage oder auch nur eine materielle Schwierigkeit in seinen Verhältnissen bestanden hätte. Dazu kommt, daß er die Untergrundbahn, in deren Fahrkartenautomat er die nachgemachten Geldstücke hineingeworfen hatte, nur sehr selten benutzte; vielmehr fuhr er von der Bank, wo er beschäftigt war, wenn er eben eine Fahrgelegenheit benutzte, mittels des Autobus nach seiner Wohnung. Nicht minder sei es ihm rätselhaft, wie er in den Briefmarkenautomaten die aus Blei geformten Stücke habe werfen können. Natürlich sei er in der Lage gewesen, über das geringe Geld zur Bestreitung der Briefmarken, die er bei seiner geringen Korrespondenz benötigte, jederzeit zu verfügen. Wie habe er nur so handeln können? Er, der sich einer geachteten Stellung erfreut und ein ausreichendes Einkommen genießen kann! Dafür habe er nur die Erklärung, daß er in der Tat einem krankhaften Trieb erlegen sei.

Herr B. hat nun in umfassender Weise sein Seelenleben enthüllt, und die oben mitgeteilten Aufzeichnungen sind als das Ergebnis der eingehenden Unterredungen anzusehen, die ich mit Herrn B. hatte. Die niedergedrückte und die unglückliche Stimmung, die Herr B. am ersten Tage seines Hierseins darbot, steigerte sich am 25. November gegen Abend derart, daß er es offen aussprach, er wolle sich das Leben nehmen. Als ich Herrn B. in der Abendstunde noch besuchte, fand ich ihn in Tränen und in großer Verzweiflung. Sofort kam mir der Gedanke, daß Herr B. von sehr trüben und schweren Gedanken erfüllt sei. Ich öffnete die Schieblade seines Nachttisches und fand ein aufgeklapptes Rasiermesser. Daraufhin schlug ich Herrn B. vor, freiwillig auf die geschlossene Abteilung der hiesigen Anstalt für Gemütskranke sich zu begeben, damit er vor sich selbst geschützt werde. Herr B. folgte meinen ihn beruhigenden



und tröstenden Worten, und so war es gelungen, einen meiner Ansicht nach entschieden ernsthaft geplanten Selbstmord zu verhindern.

Nun kann man in diesem Trachten, sich selbst das Leben zu nehmen, nicht Angst und Furcht vor zu gewärtigender Strafe erblicken, denn Herr B. selbst — und in dem ergreifenden Briefe seiner Ehefrau wird es von ihr bestätigt — wurde schon früher von Zeit zu Zeit von einem Trieb erfaßt, seinem Leben ein Ende zu machen. Derartige lebensfeindliche Impulse finden wir häufig genug bei Naturen von der Eigenart und Beschaffenheit des Herrn B., und, um es vorwegzunehmen, diese Selbstmordtendenzen erwachsen auf dem Boden einer krankhaften Persönlichkeit. Der psychischen Behandlung gelang es, Herrn B. zu beruhigen und seine schwere depressive Stimmung zu sänftigen, doch blieb sie merklich ernst.

Wenn man auf das Delikt des Herrn B. mit ihm zu sprechen kommt, so erscheint immer wieder ein charakteristischer Affekt. Man erkennt, daß er nicht von dem nagenden Gefühl der Reue oder etwa der Zerknirschung erfüllt ist. Natürlich treten ihm die Tränen in die Augen, und lieber wäre es ihm, die Tat wäre ungeschehen; aber was das Charakteristische und Bezeichnende ist, Herr B. sieht sich immer wieder einem Rätsel, einer ihm unverständlichen, unfaßbaren Tatsache gegenübergestellt. Man sieht in der Tat, wie Herr B. in seinem Innern ringt, und diese Antriebe, die aus dem Untergrunde seines Seelenlebens gegen die Oberfläche drängen, werden, wie wir es ihm glauben können, von Zeit zu Zeit tatsächlich die Oberhand gewinnen. Er schildert uns, wie ihn eine eigenartige Vision, eine merkwürdige Gestalt mit ausgestreckter Hand, an den Automaten hingedrängt habe. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß diese Vision der in ein sinnliches Bild gekleidete Antrieb war, welcher den in ein Symbol gehüllten Zwang darstellte, eben in den Automaten ein dem Geldstück an Schwere gleiches Metallstück hineinwerfen zu lassen. Wie ist nun diese Handlung und der ihr zugrunde liegende, entschieden zwangmäßige Antrieb zu erklären?

Zunächst noch ein Wort über die Vision.

Es handelt sich bei der oben geschilderten Vision nicht um eine eigentliche Halluzination, vielmehr haben wir es mit einem Traumgebilde zu tun, welches wahrscheinlich beim Übergange des Schlafens zum Wachen sich eingestellt hat. In den Träumen kehren aber sehr leicht in bildlicher Darstellung Wünsche und Triebe der träumenden Persönlichkeit wieder. Es ist sehr begreiflich, daß bei der eigenartigen Seelenverfassung des Herrn B., auf die wir ja eingehend zu sprechen kommen werden, der merkwürdige Trauminhalt noch sein Wachbewußtsein beschäftigt haben wird.

Die Ehefrau des Herrn B., Frau B., sagt in ihrem Schreiben ganz zutreffend: „Herr Doktor, es sind so viele Sachen, die kein erwachsener normaler Mensch macht.“ Ich möchte schon hier das Wort „erwachsen“ stark unterstreichen. In der Tat, Herr B. ist eine Mischlingsnatur. Es liegt etwas Zwiespältiges und Disharmonisches in seinem Wesen. Sein



Charakter trägt gleichsam zwei Antlitze, von denen das eine vorwärts in die Entwicklung des reifen Alters schaut, während das andere rückwärts in die Jugendzeit gewendet bleibt. Der geistige Defekt des Herrn B. ist nicht in einem Ausfall des Gedächtnisschatzes oder der Merkfähigkeit für frische Eindrücke und Wahrnehmungen zu suchen. Die Aufmerksamkeit, mit der Herr B. den Unterhaltungen, die mit ihm gepflogen werden, folgt, ist nicht gestört. Der formale Gang der Vorstellungen bleibt geordnet und ruhig, sofern er nicht von dem depressiven Affekt der Ratlosigkeit und Niedergeschlagenheit gestört wird. Wohl können wir Herrn B. glauben, daß er in der Schule nicht schwer aufgefaßt, aber rasch wieder das Gelernte vergessen hat. Es wird schon stimmen, daß sein Vater ihn nicht fürs kaufmännische öffentliche Leben geeignet hielt, da er glaubte, er würde sich nicht selbständig behaupten können. Der geistige Defekt bei Herrn B. liegt auf dem Gebiete der Entwicklung zu einer ausgereiften und geschlossenen Persönlichkeit, deren Fähigkeiten nicht nur, sondern in erster Linie deren Streben und Zielsetzung der Bedeutung und dem Ernste des vorgeschrittenen Lebensalters nicht voll und ganz entsprechen. Bei Herrn B. finden wir, wenn wir uns in sein Seelenleben vertiefen, einen unverkennbaren Infantilismus. Damit will ich sagen: Herr B. hat noch nicht den Knaben und Jungen in sich überwunden. Seine Jugendzeit ragt als ein ganzes Stück in das Mannesalter hinein. Der ausgelassene, auf Scherz, Albernheiten, Jugendstreiche gerichtete Hang ist erhalten und fixiert geblieben, wie wir sagen können, zum Unheil und zum Verhängnis des Herrn B. Er bezeichnet sein Tun und Treiben selbst ganz richtig als „Dummejungenstreiche". Wenn ein erwachsener Mann es über sich bringt, Leute auf der Straße anzuulken, aus einem Versteck heraus das bekannte „Pst, pst!" ihnen nachzurufen, um dann sich den Anschein zu geben, als sei man nicht der Rufer und Necker; wenn ein erwachsener Mann vom Fenster seiner Wohnung aus auf die Straße Metallstücke wirft, um die vorbeigehenden Leute zu erschrecken und in Erstaunen zu versetzen, wenn ein erwachsener Mann sich immer wieder eine Schleuder zurechtmacht, um auf Laternen zu zielen, obwohl die Ehefrau wiederholt die Schleudern verbrennt, so haben wir in diesen Torheiten und Albernheiten den unverkennbaren und unzweifelhaften Ausdruck eines Restes von Jugendschnurren vor uns. Das ist die Betätigung eines lockeren, ausgelassenen Schlingels; und wenn solches Wesen bei einem erwachsenen Manne auftritt, der sonst ein ordentlicher und fürsorglicher Ehemann ist, des ferneren seit Jahr und Tag in geachteter Stellung zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten seine Arbeit erfüllt, so kann man das sonderbare Treiben nur als krankhaft und abnorm ansehen. Für mich besteht kein Zweifel, daß es sich hier um durchaus krankhafte Antriebe und in der Tat der eigentlichen Persönlichkeit des Herrn B. fremdartige Impulse handelt. Herr B. erzählte uns, daß er als Soldat durch diese Zwangsantriebe in bedenkliche Situationen geraten sei, die



für ihn eine geradezu verhängnisvolle Wendung hätten nehmen können. Ich erinnere nur daran, wie Herr B. sich nicht bezwingen konnte, dem Antriebe zu widerstehen, in der Kirche während des Gottesdienstes den Helm herunterzuwerfen, um die Andacht der andern zu stören und die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Herr B. konnte die schwerste Strafe hierfür erfahren, und trotzdem konnte er dem Kitzel nicht widerstehen; der Helm fiel klirrend zu Boden. Dabei ist Herr B. zweifellos auf der andern Seite auch eine ernste, religiöse und feinfühlende Natur. Ich komme noch darauf zu sprechen, wie er — allerdings in krankhaftem Mitleid und Mitgefühl — über seine Verhältnisse an arme Menschen weggab. Wir haben es hier offenbar mit einer krankhaften Sentimentalität zu tun und werden wenigstens in Andeutung das Gegenstück zu dieser weichlichen Gemütsregung finden; doch vorerst möchte ich noch auf einige infantile Züge hinweisen.

Herr B. hat es ja in seinen Angaben eingehend geschildert, und die Ehefrau hat es bestätigt, daß er immer und immer wieder der Onanie unterliegt und, obwohl er verheiratet ist, von dieser Sexualbetätigung dennoch nicht loskommen kann. Dieses Beibehalten einer Sexualbetätigung, wie sie im Jugendalter nur allzu häufig geübt wird, diese starre Fixierung des infantilen Sexualtriebes, der von der reifen Persönlichkeit des B. nicht überwunden werden kann, spricht klar und deutlich für meine Behauptung, daß eben Herr B. eine zwiespältige Natur ist, in der Jugend und reifes Alter miteinander unausgeglichen in Konflikte geraten. In der Werde- und Reifezeit des Sexualtriebes ist dieser zuerst auf sich selbst gerichtet, um erst später das normale Objekt zu finden. In letzterem Falle sprechen wir vom Allerotismus, von der erotischen Neigung, die sich in der Umwelt Ziel und Gegenstand sucht. Findet der Sexualtrieb nur die Richtung auf die eigene Persönlichkeit, bleibt er hierauf beschränkt und dauernd gerichtet, so haben wir es mit der Erscheinung des Autoerotismus zu tun. Der Autoerotiker hat immer Züge des Kindlichen und Unentwickelten. Selbst wenn der Autoerotiker zu Jahren kommt, läßt seine Tatkraft und seine Energie im Gegensatz zum Allerotiker mehr oder weniger merklich zu wünschen übrig. Nicht infolge der Onanie werden die Leute vielfach im Leben unsicher, haltlos, schwach, willensunkräftig, sondern beide Erscheinungen, die Onanie und die Willensschwäche, entwachsen dem gleichen Untergrunde, nämlich: der Fixierung des autoerotischen Triebes. Herr B. schildert ja in charakteristischer Weise, wie er an seiner eigenen Figur Genüge findet. Wir lernen aus seinen Darstellungen die merkwürdige Tatsache kennen, daß das Betasten und der Anblick seiner eigenen Körperformen vor dem Spiegel ihn in Freude und wollüstige Erregung versetzt, so daß er sogar unter diesen Umständen, in lustvollen Selbstbetrachtungen versunken, masturbiert. Gelegentlich zieht er sich zu diesem Zwecke weibliche Kleidungsstücke an, wie er schildert, damit seine Körperformen durch die prall anliegenden Sachen gleichsam plastisch

hervortreten. Es scheint auch, daß bei Herrn B. transvestitische Neigungen bestehen. Darunter versteht man bekanntlich den eigenartigen Hang gewisser Individuen, sich mit weiblichen Neigungen zu identifizieren und auch nach weiblicher Art bekleidet zu gehen. Herr B. äußerte sich: er versetze sich gelegentlich mittels seiner Phantasie in eine weibliche Rolle, wobei er sich in weiblicher Geschlechtsbetätigung fühle. Die transvestitische Neigung des Herrn B. erklärt sich zu einem Teile aus der bisexuellen Veranlagung des Menschen. Während aber bei normaler Entwicklung des Mannes der in ihm vorhandene weibliche Anteil der psychosexuellen Persönlichkeit entweder niedergehalten oder zu höheren, feineren Formen der Empfänglichkeit und zarteren Empfindung umgewandelt und gesteigert wird, bleibt er bei Naturen wie der des Herrn B., welche in der Entwicklung stehen bleiben, gleichfalls auf einer unentwickelten und undifferenzierten Stufe zurück. Vielleicht auf der physiologischen bisexuellen Veranlagung sich allein aufbauend, vielleicht auch wenigstens durch den bekannten kindlichen Spieltrieb und Nachahmungshang, dem bekannten Streben der Kinder, sich mit erwachsenen Personen der Umgebung zu identifizieren, mindestens angeregt oder ausgelöst, finden wir nicht selten bei Kindern die Freude, sich zu verkleiden und in den Kostümen auch andersgeschlechtiger Personen aufzutreten. Ich zweifle nicht, daß bei Herrn B. auch dieser kindliche Spieltrieb einen Anteil an seiner Neigung genommen hat, sich weibliche Kleidungsstücke anzulegen. Es scheint mir auch, daß der jedenfalls bei Herrn B. stark hervortretende Wunsch, sich mit Hilfe seiner Phantasie in die Rolle einer Frau zu versetzen, eine Quelle ist, aus der seine masochistische Neigung Nahrung nehmen wird. Denn mit der Identifizierung der männlichen Persönlichkeit mit einer weiblichen Individualität ist natürlich auch das Streben gegeben, die weibliche Passivität nachzuempfinden und nachzuahmen. Wie gesagt, in dem unüberwindlichen Hang zur Onanie haben wir einen infantilen Rest, eine fixierte infantile Sexualbetätigung vor uns.

Von diesem Gesichtspunkte wird es auch verständlich, daß Herr B. eine unüberwindliche Abneigung gegen die Behaarung seiner Genitalgegend besitzt. In der Tat erscheint diese Gegend durch Rasieren vollständig von Haaren entkleidet. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich sage: in dieser merkwürdigen Maßnahme offenbart und symbolisiert sich gewissermaßen der Hang des Herrn B., trotz seines Mannesalters noch ein Kind zu bleiben.

Dieser eben geschilderte psychosexuelle Infantilismus, der meiner Auffassung nach bei Herrn B. unverkennbar immer wieder in die Erscheinung tritt, gibt uns nun auch den Schlüssel zum Verständnis der Handlungen, die Herrn B. zur Last gelegt werden. Ich halte es für ausgeschlossen, daß er, aus dem verwerflichen Streben, sich zu bereichern, die Metallstücke formte und sie dann in Automaten warf, um unrecht Gut sich anzueignen. Vielmehr bin ich fest überzeugt, daß es sich auch hier



lediglich um einen infantilen Spieltrieb handelt, ebenso wie in den Fällen, wo er mit der Schleuder nach der Laterne wirft oder vorübergehende Leute auf der Straße nach unreifer Buben Art anulkt und neckt. Der erwachsene B. kann eben den Jungen in sich nicht überwinden; er bleibt der spielerische und Kinderstreichen zugeneigte Mensch, selbst im reifen Lebensalter. Wenn wir das in den Mitteilungen des Herrn B. geschilderte Sexualleben überblicken, so drängt sich auch hier immer wieder in den Vordergrund das Spielerische, Unreife, Unentwickelte der Sexualbetätigung.

Nun wird sich die Frage erheben: War B. in der Lage, diese infantilen, knabenartigen Antriebe und Neigungen durch die Persönlichkeit des erwachsenen Mannes zu überwinden und zu beherrschen? Dazu war er offenbar nicht fähig; denn das Bleiben und die Fixierung des Infantilismus im Seelenleben des B. verhinderte, daß seine Persönlichkeit in vollem Umfange ausreifte und zu einer in sich gefestigten und geschlossenen sich erheben konnte. In der Tat, wie ich es schon eingangs darlegte, Herr B. ist eine zwiespältige Natur; er ist ein disharmonisches Wesen und besteht tatsächlich aus zwei Hälften: einer jugendlichen Infantilität, die ihre Freude an Neckereien und unnützen Streichen hat, und einer erwachsenen Persönlichkeit, die zwar im Leben auskommt und sich halten kann, aber vergeblich ihre oben geschilderte zweite Natur niederzuhalten sucht, im Gegenteil, nur allzu oft und in verhängnisvoller Weise von ihr bezwungen wird. Herr B. hat schon einmal die Strenge des Gesetzes erfahren. Er hat die Neigung, Liebespaare zu belauschen und neugierig mit seinen Blicken zu verfolgen; doch es blieb nicht bei dieser gleichfalls entschieden kindlichen Neugierde. Er betätigte sich selbst in der ihm eigenen infantilen Art und Weise, so daß er hierbei festgenommen wurde. Wir haben es bei Herrn B. auch mit der Erscheinung des Exhibitionismus zu tun. Dieser Exhibitionismus ist mindestens zu einem sehr großen Teile sicherlich ein Überrest aus der Kindheit, wo ungeniert und spielerisch die eigenen Genitalien gezeigt werden, und wo die infantile Lust und Neigung sich offen oder versteckt kundgibt, das Liebesleben anderer und namentlich der Erwachsenen zu erhaschen und zu erfahren. Es handelt sich hier um die erhaltene infantile Schaulust an sexuellen Dingen. Damit steht im Zusammenhange, daß bei dem erwachsenen B. das Auge in einer Art und Weise zur Quelle von mindestens stark sexuell gefärbten Lustgefühlen wird, wie es nicht der Norm einer erwachsenen und ausgereiften Persönlichkeit entspricht. Herr B. entwirft ja eine ganz bezeichnende Schilderung, wie stark bei ihm das Auge in Beziehung zur sexuellen Erregung steht. Charakteristisch ist auch hier die übertriebene und überschwängliche Schilderung, die geradezu jugendliche Schwärmerei; der erwachsene B. läuft eigentlich wie ein Junge in spielerischer Liebesregung seinem angebeteten Gegenstande nach.

Wir haben es aber noch weiter mit bekannten krankhaften Abweichungen des Sexualtriebes bei Herrn B. zu tun. Er hat die Phantasien der Vergewaltigung bei der Sexualbetätigung, was bis zu einem gewissen

Grade mit seinem eigentümlichen Hange in Zusammenhang steht, sich mit der Rolle des weiblichen Partners zu identifizieren. Es steckt aber auch offenbar in diesem Triebe ein entschieden masochistischer Anteil. Hiermit steht sein oben gekennzeichnetes weiches Gemüt in Verbindung, seine krankhafte Sentimentalität, seine Rührseligkeit und seine Neigung, über seine Verhältnisse in sichtbar krankhafter Mitleidsanwandlung wegzugeben. Die von Herrn B. hierüber mitgeteilten Erlebnisse tragen den Stempel des Sentimentalen und Ungesunden an sich. Wir haben es nicht zu tun mit dem Ausfluß der kräftigen und starken, werktägigen Unterstützung des Nächsten. Wie recht ich mit meiner Auffassung habe, erhellt aus dem Gegenstück des masochistischen Gelüstes bei Herrn B. Er schildert in charakteristischer Weise, wie er den Geschlechtsakt bei Käfern beobachtet, und hierbei tritt deutlich hervor, daß er sich an dem gewaltsamen Akte erregt und erfreut. Das ist die sadistische Komponente, die wir kaum vermissen in den Fällen, wo masochistische Gelüste sich regen. An dieser Stelle möchte ich noch kurz auf eine Abnormität des Herrn B. hinweisen. In seiner Selbstcharakteristik spricht er einmal davon, wie er sich das Tuch angeeignet, das die weibliche Person bei ihrer Sexualbetätigung benutzt hatte. Nach vielen analogen Fällen wird es sich hierbei um eine Geruchsperversion gehandelt haben. Taschentücher und andere ähnliche Stücke werden nicht selten von derartigen Individuen als Fetisch entwendet, und es läßt sich unschwer nachweisen, daß eine Wurzel dieses Fetischismus in der abnorm gerichteten Riechlust der Persönlichkeit zu suchen ist.

Die kurz zuvor geschilderte sentimentale Neigung des B. ist gleichfalls aufzufassen als der Ausdruck seiner unentwickelten und unfertigen, eben stehengebliebenen einen Hälfte seiner Persönlichkeit. Gerade das Fehlen des kraftvollen und energischen Elementes hierin bezeichnet so recht deutlich den Infantilismus, um den es sich im Falle des Herrn B. handelt.

Dieser Infantilismus kommt auch in der auffallenden Neigung zur Naschhaftigkeit des Herrn B. zum Ausdruck. Er schildert in glaubwürdiger Weise, wie er in einer seinem Alter keineswegs entsprechenden Art nach Süßigkeiten und Näschereien Verlangen habe. In erster Linie geht sein Sinn auf Schokolade und Bonbons, und in Ermangelung davon greift er zum Zucker. Natürlich nur die übertriebene Liebe zu diesen Süßigkeiten, die offenbar an die Stelle des zu erwartenden Genusses alkoholischer Getränke bei Herrn B. trat, ist als Ausdruck kindlicher Neigungen aufzufassen und zu verstehen. An dieser Stelle möchte ich noch auf die von Herrn B. selbst als Kleptomanie bezeichnete Neigung mit wenigen Worten hinweisen.

Er schildert uns, wie ihn häufig in Kaufläden und Warenhäusern ein unbegreiflicher und nur mit großer Mühe und Anstrengung niederzuhaltender Trieb überkomme, Kleinigkeiten und kaum einen nennens-

werten Wert betragende Gegenstände einzustecken. Immer gelang es ihm bis jetzt, Herr der Situation zu bleiben und die seiner sonstigen Persönlichkeit durchaus fremden und widrigen Triebe zu unterdrücken und zu beherrschen. Es sei vorgekommen, daß er einmal ein ganz wertloses Kindernotizbüchlein sich einstecken wollte. Es bedarf wohl keiner längeren Auseinandersetzung, daß wir es bei Herrn B. keineswegs mit einem raffinierten und gewitzigten Diebe zu tun haben, sondern ohne jeden Zweifel handelte es sich auch hier wieder um einen krankhaften Impuls, dem Herr B. glücklicherweise in der Mehrzahl der Fälle bisher Widerstand bieten konnte. Wenn wir uns aber erinnern, daß Herr B. spontan zugab, er habe sich gelegentlich gerade ein Kindernotizbüchlein aneignen wollen, so werden wir nicht fehlgehen, auch hier wieder nur den Ausdruck einer kindlichen Art und Weise zu sehen. Herr B. benimmt sich, als wenn ein Kind schnell und heimlich ein Stückchen Zucker aus der Zuckerdose entwendet. Dieser bei den Kindern und in der Jugend häufig genug auftretende Trieb, der freilich letzten Endes nur entwicklungsgeschichtlich, psychogenetisch, im Sinne eines Atavismus zu begreifen ist, kehrt in dem Bilde des bereits gekennzeichneten Infantilismus des Herrn B. wieder.

Bezeichnend für den übriggebliebenen und fixierten Kindersinn des Herrn B. ist es auch, daß „er häufig während der Fahrt im Hundecoupé das Schild „Für Reisende mit Hunden“ herumgedreht, die Tür häufig während der Fahrt geöffnet und heraushängen lassen hat“. Der erwachsene Anteil im Seelenleben des Herrn B. begriff diese Handlungsweise natürlich nicht und konnte sie nur als fremdartig betrachten. Aber gerade im Hinblick auf die disharmonische Veranlagung der Gesamtpersönlichkeit, ihre Zerspaltung in einen zurückgebliebenen infantilen und einen fortgeschrittenen reifen Anteil, gerade diese eigenartige Seelenverfassung des Herrn B. verhinderte es, die infantilen Züge auszulöschen und die aus der Kindheit stammenden Triebe und Lüste niederzuhalten.

Nicht minder lehrreich für die Beurteilung der kindlichen Eigenart des Herrn B. ist auch der von ihm mitgeteilte Einkauf einer Puppe für seine Frau, während er zugibt, eigentlich dabei an sich selbst gedacht zu haben, um mit diesem Gegenstand kindlicher Freude sich zu vergnügen.

Zusammenfassung. Ich komme daher zu dem Schlusse, daß bei Herrn B. anfallweise und zwangweise Triebe auftreten, welche er nicht beherrschen und überwinden kann. Die Impulse, die Herrn B. schon einmal mit dem Gesetze in Konflikt gebracht und ihn nun wiederum in eine ernste Lage versetzt haben, entstammen einer krankhaften Zwiespältigkeit seines Wesens, einem Reste von Jugendlichkeit, ja Kindlichkeit. Diese eigenartige Spaltung der Persönlichkeit des Herrn B. ist unter allen Umständen als krankhaft anzusehen, und zwar derart, daß für die spezielle Tat die freie Willensbestimmung bei ihm als ausgeschlossen angesehen werden muß.



Fall II.

Ich gebe zunächst die ausführlichen Angaben, die mir Herr R. über seine Persönlichkeit gemacht hat, im folgenden wieder, um dann an die Analyse des Falles zu gehen.

(Ihr Name?) A. R.

(Wie alt?) 35 Jahre.

(Wo geboren?) Goyaz (Brasilien).

(Welche Schule haben Sie besucht?) Das Gymnasium.

(Und kamen wie weit?) Bis zum Lyzeum, das ist das Obergymnasium, zur Hochschule.

(Fiel Ihnen das Lernen leicht?) Außergewöhnlich leicht. Nur im Rechnen war ich nie besonders.

(Waren Sie für etwas Besonderes begabt?) Für Geographie, Geschichte, Gesang, Zeichnen, Sprachen ganz besonders.

(Sie sprechen jetzt?) Deutsch, Spanisch, Portugiesisch, Englisch, gut Italienisch, lese und verstehe Latein und Französisch und eine Indianersprache, die in meiner Heimat sehr viel gesprochen wird.

(Was wurden Sie in Amerika? Besuchten Sie die Hochschule?) Nein, ich ging dann heim. Ich wollte erst Ingenieur werden. Dann starb der Vater, und ich wandte mich dem kaufmännischen Berufe zu und wurde dann selbständiger Händler in einheimischen Produkten.

(Mit wieviel Jahren?) Etwa im 23. Jahre fing ich an, blieb dann bis zum 28. Jahre in Südbrasilien und Argentinien, kam dann nach Deutschland, um hier wieder den Ingenieur aufzunehmen, als Maschinenbauer.

(Wann kamen Sie nach Deutschland?) Das war vor 7 Jahren. Und dann lernte ich meine Frau kennen, ging dann nach meiner Heimat und ordnete die Verhältnisse und ließ sie kommen, und wir heirateten. Dann wurde sie nach einem halben Jahre schwer malariakrank, und ich mußte sie zurückbringen in ein stationäres Klima. Die Ärzte sagten, das subtropische Klima würde sie nie heilen, und dann wohnten wir hier. Erst gingen wir nach dem Schwarzwald zu ihrer Heilung und dann gingen wir nach Berlin, und ich kam zu S.

(Wann kamen Sie zu S.?) 2¼ Jahre bin ich bei S. als Korrespondent und für den Empfang und die Begleitung südamerikanischer Kundschaft in den Werken. Und nun jetzt, während des Krieges, bin ich zur Finanzbuchhaltung, und zwar zum schwersten Kontokorrent, gekommen. Ich führte früher für eigenen Bedarf wohl doppelte Buchführung für mich; aber das steht ja in keinem Verhältnis zu den Hunderten von verschiedenen Konten, die man hier führen muß. Jeder Kunde hat andere Zahlungsbedingungen, die Zinsen, die Kurse, alle möglichen Gelder der Welt; da hat man sehr viel Verantwortung.

(Fühlten Sie sich denn für diesen Beruf fähig?) Nein, ich fühlte mich nicht fähig. Ich nahm ihn widerwillig, nur weil die Korrespondenz zu Ende war und ich mußte. Es blieb mir nichts anderes übrig. Ich



wurde auch etwas geschmeichelt durch die Hoffnungen des Vorgesetzten, ich würde ein so schweres Ressort ausfüllen können. Und ich gab mir denn auch alle unmenschliche Mühe, hineinzukommen.

(Aber?) Es geht, Herr Doktor, aber der Kopf, meine Nerven. Ich komme aus dem Kopf nicht heraus. Die Nächte sind schlaflos und voll schwerer Träume.

(Was für Träume?) Früher hatte ich häufig das Fallen in der Nacht. Ich stürzte und dachte ... auch wenn ich in der Luft schwebte. Nun kam dazu, in Wirklichkeit, daß ich plötzlich erschrak vor etwas, ehe ich mir's erklären konnte. Ich ging über eine Straße, und es war mir, als ob irgendeine Gefahr drohe. Ich wurde mir aber gar nicht erst bewußt, was es war; ob es ein Wagen war, ob sich etwas vor mir öffnete. Beim Ansprechen zum Beispiel — in unseren Bureaus geht es sehr geräuschvoll zu, wie auf der Börse. Wir müssen ungemein firm sein in der Arbeit. Wenn ich nun unterbrochen wurde, gerate ich in einen Schreckzustand.

(Was waren sonst noch für Träume?) Jetzt träume ich immer. Ich erlebe das da wieder, und ich zwinge mich, und ich will widerstehen, und dann erwache ich halb, und ich habe etwas und bin schon weggegangen, und dann will ich wieder hin, und immer wieder wiederholt sich das ...

(Nein, vorhin sprachen Sie noch von schweren Träumen, ehe das geschah.) Vorher, da rechnete ich die ganze Nacht. Da waren nicht solche Träume, nein.

(Waren Kriegsträume?) Auch der Krieg; aber ich erinnere mich nicht, daß ich gerade davon geträumt hätte. Gewiß, er beeinflußt mich in hohem Grade.

(Inwiefern?) Weil den ganzen Tag davon die Rede ist.

(Inwiefern berührte Sie der Krieg?) National; ich bin Deutsch-Brasilianer, von Rasse Deutscher. Hier bei Anfang des Krieges reisten alle Brasilianer der lusitanischen Abstammung fort; erstens wegen ihrer dunkleren Färbung und der mangelhaften Sprachkenntnis; es war für sie wesentlich schwerer, die deutsche Sprache sich anzueignen. Die Deutsch-Brasilianer, heller von Farbe, alles germanische Typen, blieben. Ich habe viel Angst gehabt, Brasilien könnte sich durch die Luso-Brasilianer, die dort die Herren im Lande sind, bestimmen lassen, Frankreich den Vorzug zu geben. Da habe ich schon Angst gehabt. Aber in die Träume hat sich das nicht eingeschlichen. Gewiß, ich habe lebhaft debattiert, gehofft und gefürchtet; aber in die Träume ist es nicht hineingekommen.

(Sie brauchten nicht dienen?) Nein, wir haben Söldner. Ich bin von Nationalität brasilianischer Staatsbürger. Seit 5 Jahren bin ich schon eingetragen auf unserem Generalkonsulat.

(Sind Sie energischer oder schüchterner Natur?) Früher war ich sicher energisch; aber die Krankheit hat mich vollständig ...

(Wann haben Sie die Lungenkrankheit gehabt?) Vor einem halben Jahre bin ich aufgestanden; ich habe mich nicht wieder erholt.



(Das ist eine Lungenentzündung gewesen?) Ja.

(Wann war das?) Vor einem Jahr. Ich lag 3 Monate im Bett; im ganzen war ich 4 Monate krank.

(An welchem Tage gingen Sie zu Wertheim?) Das kann ich nicht mehr sagen, mit dem besten Willen. Ich bin ungemein vergeßlich. Wenn ich mich in eine Sache ... Etwas, was ich früher gelernt habe, das haftet ganz famos; aber besonders Sachen, die ich mit Scham bekennen mußte — ich habe kein Gedächtnis, ich weiß es nicht. Ich habe die Sachen nach Hause gebracht und habe mich geniert. Fragte meine Frau, so habe ich gesagt, ich habe die Sachen gekauft. Ich habe ihr immer gern etwas mitgebracht, Blumen, kleine Geschenke, Schokolade.

(In welchem Monat ist es denn gewesen?) Das war im April.

(Aber den Tag wissen Sie nicht? Wissen Sie noch die Zeit? War es Nachmittag oder Abend?) Abends; nachmittags habe ich keine Zeit.

(Wann ungefähr?) Um 7.

(Wie oft waren Sie dort? Dreimal?) Ja, es mag dreimal gewesen sein.

(Weshalb sind Sie hingegangen?) Um mich zu zerstreuen. Ich fuhr in die Stadt — ich habe den Untergrundbahnhof in nächster Nähe — und wollte nicht in die Warenhäuser, sondern in die Stadt. Ich wollte viel Menschen sehen, mich zerstreuen; ich hatte rasendes Kopfweh mitunter. Und ging dann in das Restaurant. Dort ist Musik.

(Bei Wertheim?) Ja. Da sind viele Menschen.

(Haben Sie da Bier getrunken?) Ja, aber nur wenig. Es regt mich furchtbar auf.

(Haben Sie auch Liköre genommen? Kognak?) Nein.

(Und von der Bierabteilung gingen Sie wohin?) Dann ging ich spazieren durch die Räume.

(Und kamen?) Nach dem Bilderabteil.

(Ganz zufällig?) Das ist wohl in der unmittelbaren Nähe.

(Nun, was stand da?) Da lagen die Bilder herum.

(Was waren das für Bilder?) Kleine gerahmte Landschaften.

(Nun schildern Sie mal, wie das über Sie kam.) ... Ich sah diese Bildchen liegen — sie hatten alle Goldrähmchen —, es waren so freundliche Bildchen, und ich sah sie an und ging wieder. Wollte weggehen. Aber sie waren hübsch. Ich wollte sie kaufen. Und da sah ich, daß niemand herum war — und da nahm ich die Bilder schnell zusammen und steckte sie unter den Arm, blieb aber stehen vor Furcht, vor Angst, wollte sie wieder weggeben; aber dann bin ich weggegangen. Einmal habe ich die Bilder weggelegt und bin fortgegangen — ging hinaus. Ich habe die Bilder irgendwo hingelegt, gar nicht in der Bilderabteilung, ich weiß nicht mehr, wo.

(Beim ersten Mal? Wieviel waren es denn?) Zwei oder drei Bildchen.

(Wo Sie sie hingelegt haben, wissen Sie nicht?) Wohl in unmittelbarer Nähe. Ich habe sie gleich weggelegt und ging hinaus und fuhr heim. Die zwei andern Male ...



(Wie lange später war das?) Das war wohl eine Woche später.

(Warum gingen Sie wieder hin?) Ja, ich wollte auch nicht hingehen.

(Dachten Sie noch an die Bilder?) Nein, ich dachte wohl kaum an die Bilder mehr.

(Warum gingen Sie wieder hin?) Ich steige nämlich dort aus in der Stadt; um in der Stadt spazieren zu gehen, steige ich aus der Untergrundbahn vor Wertheim aus — auf der Linie zum Alexanderplatz zu. Ich weiß nicht, ich mag wohl dem Augenblick nachgegeben haben und ging da hinein.

(Warum sind Sie wieder hineingegangen?) Um mich zu zerstreuen.

(Gingen Sie wieder erst Bier trinken?) Ich ging erst in das Restaurant. Ich ging jedesmal in das Restaurant. Die Bilderabteilung stößt wohl daran. Und dieses Mal nahm ich wohl von diesem Genre Bildchen zwei mit.

(Warum?) Warum, Herr Doktor? Wenn ich mich da gefragt hätte — wegen dieser Lappalie. Wenn ich mich gefragt hätte, warum, dann hätte ich sicher es nicht vollbringen können. Ich kann es nicht. Ich habe Werte, große Werte in Händen gehabt; mit wenig Gefahr hätte ich sie beseitigen können und unterschlagen. Nein.

(Nun nahmen Sie die Bildchen?) Ich nahm die Bildchen und ging fort.

(Wie war Ihnen da zumute?) Das ist nun ganz merkwürdig. So etwas habe ich in meinem Leben noch nicht gefühlt. Ich weiß es nicht. Ich weiß es nicht — das ist etwas, als ob das zusammenhinge mit einem Sexualreiz. Ich kann mir gar nicht denken. Nämlich, Herr Doktor, das ist so etwas — nicht der Besitz des Bildes an sich, sondern der Reiz, das zu nehmen, und der andere hat's nicht gesehen. So ungefähr. Es hat einen Reiz. Und wie ich dann fortging, dann fühlte ich etwas wie ein Prickeln: hat's niemand gesehen, hat's niemand gesehen, und ging. Und ich behielt es.

(Was hat das mit dem Sexualreiz zu tun?) Ich meine ... ich kann es gar nicht anders schildern ... gar nicht anders verstehen.

(Waren Sie gleichzeitig sexuell erregt?) Wie soll ich das nur schildern? Wie soll ich das schildern ... Nun, etwas wie eine süße Wonne, etwas zu besitzen, ohne daß der andere es merkt. Ich will nicht sagen, daß ich glaube, daß es damit ... oder daß das Gefühl verglichen werden könnte, sondern ich empfand dabei ein Gefühl, das ich niemals hatte.

(Ja, wie kommen Sie auf den Sexualreiz?) Ja, vielleicht ist der Ausdruck nicht gut.

(Waren Sie denn gleichzeitig sexuell erregt?) Es ist mir, als ob ich etwas empfunden hätte, was der Wollust gleichkommt. Aber jetzt kann ich das nicht schildern, weil ich vollständig ganz außerhalb der Tatsachen lebe. Aber ich weiß, es war so etwas, als ob es mir Vergnügen, Wonne bereitete, und wenn es nur eine Kleinigkeit wäre, von



diesem Vielen, Vielen, wo alles nur herumlag zu Haufen, da etwas zu nehmen. An Stehlen dachte ich nicht. Daran, mich dadurch zu bereichern, daran dachte ich nicht. Sondern was ich dachte, — es war ein Spielen, stets ein Spielen, und fort. Ich muß mich sehr ungeschickt angestellt haben.

(Das war das zweite Mal. Das dritte Mal ...?) War es ebenso.

(Wo war das?) Das dritte Mal war es am Alexanderplatz, in einem dieser Kaufhäuser von Wertheim, da war ich an diesem Abend. Eine wahre Gier hatte mich da ergriffen, ich ging in alle beide. Ich hatte zu tun in der Innenstadt und an der Bahn am Alexanderplatz. Und dann wollte ich mit der Untergrundbahn heimfahren. Da kommt man vorbei an dem großen Warenhaus von Wertheim oder Tietz. Und außen schon kämpfte ich: soll ich? Da kam mir das schon eher zum Bewußtsein. Es war mir peinlich; ich hatte eine Angst vor meiner Willensschwäche. Aber ich ging hinein und ging gleich hinauf, da wurde oben gespielt, in dem Restaurant. Da blieb ich einige Zeit und ging dann und kam auch in ein nahes Departement, da liegen so Galanteriewaren aus gebronztem Blech, und dort habe ich einen Aschenbecher genommen und auch einen Siegellackstempel, der dabei lag.

(Nun schildern Sie mir da mal Ihren Seelenzustand.) Auch da, Herr Doktor, war es ähnlich.

(Nämlich? Schildern Sie's mal.) Herr Doktor, ich muß um der Wahrheit willen sagen, daß ich nicht mehr sagen kann, wann ich diese Nüancen fühlte, das kann ich nicht mehr. Aber das war so, das war so der Vorgang und das Gefühl, das mich bei dem Ganzen beherrschte: In dem Warenhaus ist Zerstreuung. Ich kam heraus und wollte fortgehen; aber sofort fesselt mich, wenn in großer Fülle Sachen beisammen sind, das zieht mich an. Im Kleinen, so etwas, das fesselt mich zum Anschauen, um mich daran zu ergötzen, und ich beobachtete mit Freude. Aber viel verwirrt. Und ich sah immer diese Sachen an und befühlte sie, und sah diesen Aschenbecher. den wollte ich kaufen. Wenn ich das wünschte und fragen wollte, was der Preis ist, da war niemand da, und da war der Aschenbecher und die Siegellackstange, und da nahm ich es und steckte es in die Tasche und ging fort.

(Was hatten Sie dann für ein Gefühl?) Wissen Sie, Herr Doktor, manchmal, wenn ich die Treppe — ob da, in diesem Augenblick, bei dieser Tat, kann ich nicht sagen —, aber wenn ich die Treppe herunterging — dieses Besitzgefühl, diese Freude, nur eine Kleinigkeit zu haben, das jetzt zu haben! Und dann wieder das Ermahnen: Halt, geh rasch, leg's wohin, und davonlaufen. Ich wollte es auf die Treppe legen und davonlaufen; da kamen Leute, das ging nicht. Wieder hinaufgehen? Mein Gott, da werde ich ertappt! Und so ging ich fort und behielt es.

(War da auch wieder so ein Wonnegefühl?) Das war stets dabei.

(Schildern Sie das noch einmal.) Wenn ich es nur so schildern könnte! mit der Kraft, wie es kam und immer intensiver wurde, so stark,

das: Ich muß es haben, ich muß es haben! Und dann die Ruhe, wie eine Agonie. Ich dachte lange, lange nicht darüber nach, ob mir das nützen kann, ob es mir Vorteil bringt, welches der Wert sein könnte — ich dachte gar nicht daran. Ich habe für solche Kleinigkeiten überhaupt keine Liebe; ich habe nur für große, schöne Sachen einen Sinn.

(Nun? als Sie nach Hause kamen?) Und wie ich nach Hause kam, da wurde es mir — da mußte ich es zuerst irgendwo verbergen vor meiner Frau. Meine Frau hatte keine Ahnung. Wie da an diesem Abend — wie da die Leute kamen, brach meine Frau zusammen. Ich wunderte mich, als sie am andern Tage kam und ich sofort freigelassen wurde. Ich glaubte nicht anders, als es müsse zur Scheidung kommen. Aber sie hatte es wohl erkannt. Ich hätte mich schon lange sonderbar benommen, sie selbst sagte es, daß ich etwas anderes antwortete, als ich gefragt wurde.

(Nach der ersten Tat?) Ja, in dieser Periode und in der Zwischenzeit. Ich sei ihr auch sonst sonderbar vorgekommen, habe viel verloren in der Zeit. Ich habe z. B. Papiergeld verloren, wußte nicht, wo. Kam abends nach Hause, hatte vielleicht 8 M. zu bezahlen im Bureau ... in einem Fall weiß ich — sonst habe ich nie verloren, war immer vorsichtig — und hatte das Geld nicht mehr in der Tasche, als ich ins Café ging. Nun wußte ich nicht mehr. Ich wußte sonst ganz genau, was ich Geld habe. Am Abend, wenn ich mich auszog, legte ich das Geld auf das Nachttischchen, um in der Frühe es wieder zu nehmen und einzustecken. In diesen Wochen verlor ich jede Übersicht. Ich hatte vor lauter Arbeit ... Herr Doktor, ich war stets bei der Arbeit; ich habe Taels ausgerechnet, mexikanische Pesos und alle möglichen Geldarten hatte ich im Kopf. Ich war manchmal nicht fähig, an einer Unterhaltung teilzunehmen.

(Als nun die Verhaftung stattgefunden hatte und Sie wieder freigelassen waren, waren Sie dann wieder ruhig? besonnen?) Ja, da kam eine große, große Ernüchterung. Ich will das erzählen. Ich mußte damals, was mir am meisten zu schaffen machte, was ich nie im Leben kaum gehört hatte, aber man sagte mir immer: bei Ihrer Intelligenz, Sie müssen es machen. Ich sagte, ich will. Ich wollte auch nicht zugestehen, daß es mir so schwer wurde, und so habe ich mir die größte Mühe gegeben.

(Nun, nachdem Sie entlassen waren aus der Haft?) Herr Doktor, nun, wie ich zur Polizei gebracht wurde, fuhr ein Detektiv von dem Kaufhaus mit. Drei Herren von der Kriminalpolizei waren in meiner Wohnung, und nun fanden sie aber nur, weil diese Bilder nicht von diesem Hause waren, fanden sie nur eine Siegelstange, sonst nichts; und nun fragten sie. Nun hatte ich schon gesagt, gebeten: „Um Gotteswillen, nehmen Sie! Ich bezahle Ihnen alles; ich gebe nicht bloß zurück; ich zeige Ihnen jeden Gegenstand; ich zahle es gleich und werde suchen, Beweise zu geben von einer krankhaften Neigung. Aber gut. Nun war ich auf der Polizei und die Leute waren in meiner Wohnung. Und in meiner Wohnung sieht es nicht aus, als ob etwas unrecht genommen werde. Alles ist in großer

Ordnung. Und da lief denn einer von den Herren nach einem Lokal herunter und rief durch das Telephon, ich sollte doch ans Telephon kommen. Oh, ich habe sofort gesagt, ich habe das und das genommen. Nur Bilder. Das war das Letzte. Nun sagte ich ihm durch das Telephon, die Bilder sind diese Bilder, die sollen sie nehmen. Ich sagte es freiwillig. Und in dieser Nacht blieb ich. Ich bat wohl, man möchte mich frei lassen; aber ich sollte diese Nacht noch bleiben und am andern Morgen vorgeführt werden. Am andern Morgen kam dann meine Frau sehr früh, und ich wurde herausgelassen. Und der eine Herr war wohl dagegen; aber der andere war wohl der maßgebende und sagte: Nein, wir lassen ihn sofort frei. Hier handelt es sich wahrscheinlich um eine krankhafte Sache; wir lassen ihn augenblicklich frei. Da meinte der andere, wir haben schon unzählige solcher Fälle gehabt. Der andere aber: Nein, wir lassen ihn sofort frei. Der Herr nahm das Protokoll auf, ich sagte ihm das nämliche, die Wahrheit, es ist nichts darin, was ich widerrufen müßte. Dann war ich drei Tage krank zunächst. Im Bett. Vor Zittern.

(Und dann?) Ich wollte schon ... Dr. *L.* hatte mir gesagt, ich solle mich ja zusammennehmen, ich sei an den Nerven sehr angegriffen.

(Nach den 3 Tagen nun? Sie sprachen von Ernüchterung, was meinen Sie damit?) Ach ja. Nun könnte ich nicht sagen, welchen Eindruck — nein! Nun werde ich von vornherein die Gelegenheit meiden. Es graut mir. Ich habe einen solchen physischen Ekel empfunden, daß ich mich brechen mußte vor mir selbst. — einen physischen Ekel.

(Sie fragten sich, wieso, warum, wie komme ich dazu?) Ja.

(Nun, und dann?) Nun, Herr Doktor, nun bin ich nicht mehr in die Stadt gekommen, und ich werde es wohl nie wieder. Werde überhaupt keine Einkäufe besorgen. Ich fürchte mich. In diesen Momenten, wie ich da diese Gegenstände genommen, wie überhaupt in der letzten Zeit, wenn ich aufgeregt bin, tritt mir Schweiß auf die Stirn und in den Nacken. Immer... Sogar an den Schultern fühle ich den Schweiß.

(Ist denn eine sehr starke sexuelle Erregung bei Ihnen?) Nein, Herr Doktor. Wie ein Huschen, hier herauf.

(Nein, ich meine sonst. Sind Sie sonst sehr sexuell erregbar?) Früher wohl, jetzt nicht mehr. Aber immerhin, ich bin sehr leicht ... ich muß einen Augenblick ... in den letzten Wochen wohl nicht mehr, aber vorher, während ich — sagen wir — jetzt habe ich nämlich die größten Schwierigkeiten doch überwunden; aber im Anfang, da hatte ich fast jede Nacht zwischen diesen Schreckträumen, zwischen diesem Fallen hatte ich Impulsionen. Das ist sogar meiner Frau aufgefallen; sie hat mich danach gefragt. Sonst war ich so müde, so niedergeschlagen, so ermattet. Wie ich Ihnen schon sagte, die Lungen sind so schwach, daß ich mich mitunter — daß ich das gebieterische Gefühl habe, mich hinzulegen. Nur der Kopf. Der Körper ist matt und müde, nur der Kopf ist exzitiert. Jetzt in den Träumen noch. Jetzt, Herr Doktor, ist mir oft im Traume,



daß ich im Warenhaus bin, und ich stehe wieder vor den Bildern und den andern Gegenständen, vor allem möglichen. Und dann, wenn ich nicht zugreife — plötzlich ist etwas anderes da, verlockender noch, und aus dem Wachen, das bißchen Wirklichkeit und — ich weiß nicht, wie ich es sagen soll — das bißchen im Schlafe vorhandene Vernunft sagt dann: Nein, nein, nein — und ich stehle doch, ich nehme.

(Und was haben Sie dann für ein Gefühl im Traume? Spüren Sie Erregung? Erwachen Sie?) Dann erwache ich sofort.

(Und was sagen Sie dann?) Was ich sage? was ich fühle? Eine Traurigkeit, Apathie, Niedergeschlagenheit. Und wenn ich wieder einschlafe, dann sehe ich mich wieder in der Fortsetzung, in dieser merkwürdigen Behandlung. Diese armseligen Menschen, die da in das Polizeigewahrsam gebracht werden — sind alles arme Leute, man sieht ihnen an, die haben's notwendig gehabt, finden keine Arbeit, müssen etwas tun, um sich wieder durchzufristen bis zum nächsten Tage, und die sind noch lustig dabei und suchen Gelegenheit, miteinander zu reden zwischen den Verschlägen, während man sich selber verkriechen möchte. Und dann muß man weggehen und wird peinlich, der Name hundertmal, aufgeschrieben und registriert, was jeder Geld in der Tasche hatte ... Alles das sehe ich wieder — wie sie sich ausziehen müssen, wie ich davon verschont bleibe; wie einer sagt — wahrscheinlich ein Oberaufseher: Nein, es ist nicht nötig. Wie er die Zellentür aufmacht und ich im Finstern bitte, mir zu sagen, wo das Bett ist und Klosett. Das erlebe ich auch alles wieder.

(Kommen auch direkt sexuelle Träume?) Nein, gar nicht.

(Früher?) Ja. Früher ja. Da war ich stark genug, um Impulsionen zu verhindern. In der Regel war die Natur nicht schwach genug, sondern ich konnte die Täuschung erraten. Ich konnte auch manchmal die Träume registrieren.

(Was waren das für sexuelle Träume?) Ach, die gewöhnlichen, nicht wahr. Abirren, glaube ich, werde ich nie. Ich bin aus einer Bauernfamilie. Mein Vater war wohl Bergbauingenieur; aber er war hauptsächlich Ökonom.

(Sind Sie eine religiöse Natur?) Ohne an eine positive, hier oder dort verankerte Führung zu glauben, bin ich vielleicht im Grunde recht religiös. Ich möchte an etwas glauben — ich möchte, ich möchte —, ich möchte so gern an einen Gott glauben. Aber diese kalten, vernichtenden Vernunftgründe — alles, was sich ereignet an Widersprüchen, das hält mich davon eher ab, als es mich dazu hinwenden kann. Aber ich liebe religiöse Musik über alles, und ich glaube eben gerade deswegen. In der Jugend war ich religiös; durch die Erziehung, nicht wahr.

(Sie sagen, Sie lieben Musik; welche Musik?) Schwere, religiöse Musik, nichts Leichtes.

(Gehen Sie in die Kirche?) Manchmal, — — ich hätte gern — wie



ich sage — ich hätte gern; aber ich kann nicht. Aber die Musik kann mich hinziehen.

(Wo suchen Sie die Musik auf?) Früher ging ich gern in die Philharmonie. Jetzt aber — ich spiele selbst etwas Harfe; nicht viel; ich singe auch etwas.

(Was haben Sie da für Gefühle, wenn Sie in die religiöse Musik eindringen?) Der Erbauung, der Trauer — Erwachen der Nächstenliebe — Läuterung — Reinigung.

(Bei der Musik kommt nie sexuelle Erregung?) Gar nicht.

(Bei andern Anlässen? Bei Gerüchen?) Ja. Bei mir spielt der Geruch eine Rolle; eine große Rolle.

(Welcher Geruch?) Ich glaube, ich rieche sehr scharf, kann gut unterscheiden. Welcher Geruch, was ich gern rieche? Frische Gerüche, Parfüms rieche ich ganz gern. An mir nicht. An mir vermeide ich Parfüms.

(Warum?) Ich weiß es nicht, es ist mir zu weichlich.

(Bei andern lieben Sie Parfüms?) Bei Männern nicht; bei Frauen sehr. In meiner Heimat benutzen die Luso-Indianer viel Parfüms für sich. Die Herren. Die pudern sich auch. Das ist uns Germanen nicht sehr angenehm. Aber die Frauen, da habe ich es ganz gern.

(Lieben Sie Farben?) Oh, Farben liebe ich über alles. Das ist es vielleicht. Wenn etwas schön ist — ich habe selber schon gemalt und gezeichnet — wenn etwas schön ist, für das kann ich Wohlgefallen haben, und ich muß es zum Ausdruck bringen; ich muß es loben.

(Sind es bestimmte Farben, die Sie anziehen?) Am meisten liebe ich wohl Gold, Altgold, — Nuancen in Blau mit Rot. Am liebsten Nuancen solcher Art, Gold und Gold, keine ausgesprochene Farbe. Weinrot; ein Gemisch von Rot und Blau, matt aufgetragen, das sind wohl meine Lieblingsfarben. Blau ist mein liebstes; Gold, Altgold.

(Haben Sie Vorliebe für gewisse Stoffe?) Nuancen, Herr Doktor. Blau.

(Bestimmte Trachten?) Schlank. Alles, was schlank ist, ganz schlank.

(Keine ausgesprochene Neigung für bestimmte Kleidungsgegenstände? In Damenkleidung? In Herrenkleidung?) In Herrenkleidung? Ach nein, Herr Doktor. In Damenkleidung? In meiner Kleidung? Ich lasse meine Frau wählen. Sehen Sie, um es zu dokumentieren, ich liebe zum Beispiel lange Krawatten. Dieses unscheinbare Blau, mit ein bischen Schwarz.

(Sind Berührungsempfindungen vorhanden?) Bei Männern bin ich sehr scheu, zurückhaltend. Mir ist ein Händedruck schon sehr viel. Wenn ich einem Kameraden die Hand gebe, dann verpflichte ich mich ihm schon. Bei Frauen ist die Empfindung für mich sehr — wenn nicht gerade — nein, das will ich nicht sagen, daß es schon ein Gefühl der Wonne



auslöst. Aber je nachdem, kalte Hände schrecken mich sehr ab; warme Hände habe ich sehr gern.

(Stimmen?) Die Liebe zu welcher Stimme.

(Übt die Stimme irgendeinen Eindruck auf Sie?) Gewiß, Herr Doktor. Wie ich eben überhaupt ungemein dem ersten Eindruck unterworfen bin. Zum Beispiel, lerne ich eine Frau kennen, die sehr schön sein mag, und sie spricht dann und hat eine tiefe Stimme, dann schwindet alles, was vorher an Reiz zur Geltung kommen konnte. Ich habe gern eine hellklingende Stimme.

(Sind Sie überhaupt sehr eindruckfähig?) Gewiß, Herr Doktor, ja. Auch sehr phantasiereich. Ich habe viele Phantasie. Ich habe schon öfter ... ich bin nie zum Spiritisten gekommen, mein Leben ist zu einsam; aber ich habe mir schon immer die Frage vorgelegt, ob ich nicht einmal in einen spiritistischen Zirkel gehen soll, um nur zu sehen, welcher Art die Eindrücke dort sind. Ich habe es schon fertiggebracht und setze mich in ein halbdunkles Zimmer — nicht dunkel, halbdunkel — und sehe vor mich hin, und sehe so lange vor mich hin, bis ich in der Ecke ganz deutlich meine Mutter sehe. Ganz deutlich. Es sind nur wenig Menschen, die ich so, so zitieren kann; meine Mutter, ich sehe sie ganz genau. Ich sehe, wie aus dem Halbdunkel sich die Fäden zusammenziehen, und das gibt dann eine matte, neutrale Farbe, nicht etwa weiß und rot das Gesicht, sondern alles so rotbraun-bleich. Ich sehe sie ganz genau, und ich kann sie lächeln machen und durch meinen eigenen Willen kann ich sie weinen machen, ganz nach und nach. Es strengt mich etwas vielleicht an; aber ich bringe es fertig.

(Was fühlen Sie dabei?) Wehmut — Wehmut und Liebe.

(Haben Sie vielleicht an sich gewisse kindliche Züge beobachtet? Spieltrieb zum Beispiel?) Mit Kindern mache ich alles, Herr Doktor. Ich habe aber nur eins gehabt, das ist uns gestorben, mit 10 Monaten. Wir haben es so gern gehabt, und es ist so plötzlich gestorben. Ich bin ungemein kinderlieb.

(Wie kommen Sie sich dabei vor?) Wenn ich das da außen hörte, mit den Kindern sprechen, und wie ich schon sehe, daß die Kinder um Sie herum trotz der täglichen Tätigkeit patriotische Lieder brüllen und singen dürfen, das bereitet mir Wonne.

(Wie fühlen Sie sich denn selbst dabei?) Wenn ich mit Kindern spiele?

(Ja.) Glücklich. Ich kann Kinder — wir haben — in unserem Hause wohnt ein Ingenieur, ein Kamerad. Er ist eingezogen worden, ist in Polen, und die Frau ist niedergekommen. Sie bringt nun an jedem Tage 4, 5 Stunden bei uns zu. Wenn ich das Kind im Arm habe — ich kann's 4, 5 Stunden haben, ich geb's nicht mehr weg. Das Kindchen zu herzen, den frischen Kindergeruch — das ist etwas Wonniges — etwas Wonniges! Ich möchte selbst Kinder haben; aber meine Frau ist zu leidend, zu schwächlich, durch



die Malaria, durch dieses lange Wechselfieber, das kommt und geht, so leidend geworden. Nun kam dieser furchtbare Schlag, da hat sie wieder in kurzer Zeit vielleicht um 10 Pfund abgenommen. Wenn Sie sie sehen würden, Herr Doktor! Sie wollte mitkommen. Klein, zierlich, schwach, mit wunderbaren, seelenvollen Augen. Ich habe ihr sonst noch keinen Kummer gemacht; aber das war ein furchtbarer Schlag. Ich glaubte, sie würde sich von mir trennen. Ich kann mir gar nicht denken — ich sehe dem ganz apathisch entgegen.

(Haben Sie selbst Lust am Spiel?) O ja, o ja, Herr Doktor, aber ich meide es. Ich habe große Lust am Spiel, und habe schon viel verspielt. Auch wette ich hoch, und da — es verläßt mich die Energie leicht. Wenn hohe Einsätze stehen, und ich kann sie durch Zusatz gewinnen.

(Wo? Bei einem Kartenspiel, oder was meinen Sie?) Kartenspiel weniger. Wie gesagt, das war drüben.

(Was meinen Sie mit dem hohen Einsatz?) Drüben in Südamerika wird viel gespielt: Bakkarat.

(Meinten Sie das von früher?) Ja, von früher. Ich war damals wohlhabend. Ich hatte einen gut bestellten Bauernhof und hatte ein gutes Einkommen pro Monat, ein Conto du reste von 1000—1200 M. Und dort wurde sehr viel gespielt, viel Lotterie.

(Haben Sie jetzt noch die Neigung zum Spiel?) Ich hätte sie; aber ich meide sie. Ich komme gar nie ins Wirtshaus, ich gehe jeden Abend um 10 Uhr zu Bett.

(Aber in der Phantasie?) In der Phantasie wohl.

(Wie das?) Dann löst es ähnliche Empfindungen aus wie das, was ich getan habe. Wenn ich am Spieltisch sitze und sehe das viele Geld, dann, ja dann kommt mir schon die Lust an, zu gewinnen; aber weitaus nicht dieser Drang, Geld zu haben, als gerade diese Gegenstände zu haben. Ich habe Lust zu wetten und zu spielen.

(Kommen auch so in der Phantasie große Pläne?) Gewiß, wenn ich allein gehe, dann mache ich für mich in Weltgeschichte. Ich habe den Krieg schon auf einsamen Spaziergängen im Park in allen Nuancen durchspielen lassen, die Völker in Bewegung gesetzt und die Germanen wachsen lassen ins Ungeheure. Das ist immer für mich eine Lieblingsbeschäftigung, etwas in der Phantasie für mich selbst aufzuhäufen, daß es schließlich so — und dann mit Kriterium. Ich sagte mir zum Beispiel — ich weiß nicht, ob ich Sie dadurch ...

(Bitte, bitte!) ... An einem Abend eben kam uns die Meldung von einem Sieg. Ich habe viel über den Krieg nachgedacht. Mit ganzer Seele hänge ich an der deutschen Heimat. Ich stamme selbst aus Österreich, aus Steiermark. Es leben noch von meiner Mutter Namen vier große Bauernhöfe da unten. Das habe ich sehr gern gemacht, das Träumen, nicht bloß in der Kindheit; später hatten diese Träume mehr Sinn. Ich gruppierte mir die Armeen nur für mich, auf den Spaziergängen, und ließ

die Bulgaren dann eingreifen. Ich ließ die Griechen bis zur Vernichtung schlagen, Nationen, die uns nicht wohl wollten. Ich ließ die Türken siegen und gestaltete für mich — ganz Europa bekam ein anderes Antlitz.

(Kamen Sie sich auch als Kaiser vor?) Nein, das nicht, Herr Doktor, aber es schmeichelte mir schon, mich als einen Politikus zu fühlen oder gar einen Heerführer; ja, das schmeichelte mir schon.

(Haben Sie solche Phantasien auch als Kind gehabt?) Als Kind hatte ich enorme Phantasien.

(Erzählen Sie doch, welcher Art die Träume waren.) Ich war als Knabe wohl sehr kriegerisch veranlagt. Da hatten wir die Botokuden und andere Stämme in unmittelbarer Nähe, und unsere alten Bauern erzählten uns sehr viel von den Indianerstämmen und den Gefechten mit ihnen. In dieser einen Schlacht fiel auch mein Vater. Die Sibirten waren aufgestanden und wollten Rio erobern, und damals waren es die deutschen Bauern in den Bergen, die den Anprall aufhielten, allerdings mit ungeheuren Verlusten, und da ist auch mein Vater erschlagen worden. Das war nun eine Schreckenszeit. Das mag wohl ärger gewesen sein wie heute in Rußland, wo die Russen hinkommen. Denn diese Waldneger, diese Mulatten, waren ein so grausames Gesindel, die schlachteten die Weiber und Mädchen alle ab, nachdem sie vergewaltigt worden waren, und typisch wurde allen die Kehle durchschnitten. Damals war ich 6 Jahre alt. Diese Erzählungen, die waren natürlich immer des Abends, ich möchte sagen, das war die Abendunterhaltung.

(Nun, und?) Und auf diese bauten sich denn auch meine phantastischen Träume meistens auf.

(Nämlich? Was spielten Sie da für eine Rolle?) Ich spielte die Rolle als einer, der anfing, eine Gruppe zu sammeln und immer mächtiger zu werden und seinem Volk viel zu nützen.

(Und solche Phantasien haben Sie auch jetzt? Kommen die unwillkürlich oder suchen Sie sie herbei?) Ich bin ihnen geneigt, ich suche sie herbei. Diese Phantasien sind mir mitunter so treu, daß ich ganz genau weiß, also ich bin da und da stehen geblieben, Deutschland reichte damals bis dahin und Frankreich war gekürzt bis dahin, von Italien war nur mehr das übrig, jetzt geht's da weiter, das weiß ich alles. Diese Lieblingsideen, die setzen sich ganz fest.

(Was meinen Sie damit, die setzen sich fest?) So daß ich gleich wieder weiß, damit es interessant bleibt, damit ich nicht wieder dasselbe für mich baue.

(Dann bauen Sie weiter auf?) Ja, ich baue weiter auf.

(Und was empfinden Sie da?) Ja, ein Gefühl, als ob ich vorwärtshasten soll, mehr zu machen, mehr zu gestalten. Es ist mir dabei ein angenehmes Gefühl; ich bringe mich freiwillig auch in Gefahr dabei. Es ist in der Gestaltung so gedacht, daß ich zugrunde gehe in der Ausführung irgendeines Wagnisses.



(Was empfinden Sie da? Beim Zugrundegehen?) Wie soll ich sagen? Wenn ich es wohl selber mir so vorgestalte — als ob ich an einem Abgrund entlang. Ich zwinge mich da schließlich selber beinahe, es zu denken — ein fatalistisches Gefühl, es muß so sein.

(Was geschieht denn da, beim Zugrundegehen?) Sagen wir, wir werden umzingelt und zusammengehauen, wir gehen zugrunde.

(Erfüllt Sie das auch mit einem freudigen Gefühl? Dies Zugrundegehen?) Nein, mit Trauer.

(Lieben Sie Rauschgefühle?) Ja, Herr Doktor, ich bin sehr mäßig.

(Nein, ich meine nicht mit Getränken; ich meine, in der Phantasie.) Ja, das liebe ich. Für mich ganz allein. Aber die Phantasien sind dergestalt, daß ich — so phantastisch, so bunt — die Lust, es mitzuteilen, einem andern das zu malen, nein, die habe ich nicht.

(Nur selbst genießen?) Ja, selbst genießen.

(Machen Sie das zu Hause?) Ich weiß etwas, Herr Doktor, das ist vielleicht wesentlich. Wie ich so schwer krank war, sollte ich nicht reden, nur still liegen, den ganzen Tag auf dem Rücken, und da kam mein Freund, und da war ich sehr erregt. Und der wollte wieder gehen, und ich hielt ihn fest, er solle sich an mein Bett setzen. Auch damals phantasierte ich wach und schlafend — furchtbare Phantasien. Nun, ich hielt ihm einen Vortrag damals darüber, damals war noch nicht Krieg. Ich sprach von diesem Kriege, daß ganz Europa gegen Deutschland aufstünde. Und es vergingen darüber 3½ bis 4 Stunden. Ich redete mich in die höchste Erregung hinein, mein Kopf schäumte, der Körper war in Schweiß gebadet. Ich ließ ihn nicht los, ich wollte seine Meinung hören. Ich sagte, wenn auch Frieden ist, ob es das nicht geben kann. Ich sprach damals von diesem Kriege.

(Wenn Sie sonst Phantasien suchen, gehen Sie dann spazieren?) Ganz einsam spazieren.

(In den Straßen?) Nein, dann ging ich in den Charlottenburger Park. Da bin ich unzählige Male am Abend gewesen. Dann ist es mir unlieb, wenn mir jemand begegnet. Ganz allein will ich dann sein mit meinen Phantasien. Wenn ich in die Stadt ging, dann ging ich, um mich zu zerstreuen, dann wollte ich was anderes sehen, viel Lärm, abgebrochene Musik, durcheinandergehetzte und -gejagte Bilder, das wollte ich haben.

(Als ich vorhin vom Spiel sagte, meinte ich eigentlich nicht Gewinnspiele; ich meinte kindliche Spiele. Ist da eine Neigung bei Ihnen vorhanden zu kindlichem Spiel?) Ja, Herr Doktor.

(Welcher Art war z. B. das? Haben Sie die Neigung, wie Kinder zu spielen, zu bauen, mit Soldaten zu spielen, zu schnitzen?) Ja, ich mache zu Hause allerlei, was schließlich einem Spiel gleichkommt. Ich schnitze und säge Laub, modelliere ein bißchen, bin zum ersten Mal durch dieses hinausgetreten aus meinen Gewohnheiten.



(Wodurch?) Durch dieses In-die-Stadt-gehen. Bin dadurch vollständig hinausgetreten.

(Haben Sie auch manchmal die Neigung, Scherze zu machen, wie Kinder?) O ja, ich bin sonst, wenn ich nicht überlastet bin und überarbeitet, bin ich fröhlicher Natur, mache gern einen Scherz.

(Spielt in den Phantasien auch der Tod irgendeine Rolle?) Ja. Ich habe schon erzählt, als Kind, ich brauchte lange Jahre, ich wurde 14 Jahre wohl gut, bis ich diese Schreckgesichter überwand. Ich war als Knabe ungemein schreckhaft. Ich sah überall den Tod, ich sah überall Gespenster.

(Wie kamen Sie darauf?) Als Kind? Man brauchte mich nur in ein Zimmer hineinzustellen, in dem es nicht ganz hell war. Dann blieb ich zunächst stehen und sah überall hin und vergewisserte mich, ob niemand da war, ob kein Geist da war.

(Wie kamen Sie darauf? Wurde Ihnen das erzählt?) Ja, die alten Leute erzählten wohl häufig auch solche Gespenstergeschichten.

(Oder hat irgendein Erlebnis einen Eindruck gemacht?) Herr Doktor, ich will etwas erzählen, was Ihnen vielleicht dienen kann. Ich war Student, war 18 Jahre alt. Da war ich in Sanct Paulo am Lyceum Anglo-Brasiliano. Da hatten wir eine fröhliche Zusammenkunft, wir Studenten, und gingen etwa um ½12 aus dem Lokal. Dort wird Bier nicht getrunken. Das ist sehr teuer und in Flaschen. Das Brauen in Fässern kannte man dort nicht der Temperatur wegen. Wir tranken Orangenwein. Der steigt ziemlich zu Kopf, und die Nachwirkung ist in der Regel ganz furchtbar in Orangenwein. Nun lösten wir uns allmählich auf; die einen gingen dahin, die andern dorthin. Ich und noch zwei Kameraden hatten am weitesten, nach einem Stadtteil, der heißt .... Zwischen diesem Stadtteil und dem Ort, wo wir gerade waren, liegt ein großer Friedhof. Die Mauer ist unendlich lang. Wir mußten also — wir standen hier — und Silva Maria liegt hier drüben, und die Kirchhofmauer geht so rüber und so rüber. Da sagte einer: „Wenn der fatale Kirchhof nicht wäre, würden wir in einer Viertelstunde zu Hause sein.“ Da sagte ich: „Was kümmert mich der Kirchhof! Ich gehe durch den Kirchhof; ich fürchte mich nicht vor Toten.“ Die andern lachten und meinten: „Du warst doch als Kind so'n großer Hasenfuß.“ — „Gut, aber jetzt nicht mehr! Ich will durch den Kirchhof gehen!“ Und wir machten, nach Studentenart, eine kleine Wette. Einer stieg auf den andern, erklomm die hohe Mauer — wir waren zu Dritt —, einen ließen wir unten, um wieder absteigen zu können. Aber nun machten wir aus, wenn ich ungefähr in der Mitte bin, sollten die andern machen, daß sie rüber kommen, damit sie mir drüben heraushelfen. Der Kirchhof war sehr groß, in der Mitte stand das Leichenhaus. In Brasilien liegen die Leichen in offenen Särgen, unbedeckt, und die Lichter bleiben stehen, die Nacht hindurch, man kann also ganz klar sehen. Als Kind habe ich einen furchtbaren Schrecken vor



Leichen gehabt. Aber der schien sich ganz verloren zu haben. Und da sprang ich nunter. Und schon, wie ich absprang, sprang ich so weich, und ich hatte ein Gefühl furchtbaren Schreckens, aber ich ermannte mich und ging fort. Und da ging ein Gang gerade hinüber; links und rechts waren die Steine. Und da war einige Tage vorher gewesen Allerheiligen, das Gedächtnisfest, und da winden die Brasilianer weiße Schleier um die Steine. Und nun ging ich und rief noch zurück und machte einen Scherz. Aber wie die zu reden aufhörten, wie ich die nicht mehr hörte, bemächtigte sich meiner wieder dieses Angstgefühl, und auf einmal stieg etwas auf aus dem Grabe — es war wohl nur der Schleier —, aber ich sah etwas, als wie ein Leichentuch, und das fiel mir um das Gesicht, und ich stürzte zusammen. Das war die einzige Ohnmacht, die ich im Leben gehabt habe. Da sprangen die Kameraden herunter und holten mich zurück. Mit Hilfe des Leichenwärters zogen sie mich auf die Mauer. Die Wette habe ich damals gleich bezahlt. Das Angstgefühl war doch zu groß.

(Das muß ja furchtbar gewesen sein?) Ja, das war ein furchtbares Gefühl.

(Spielt auch jetzt noch der Tod eine Rolle?) Nein, jetzt nicht.

(Auch in der Phantasie nicht?) Wenig.

(Sie sind 35 Jahre?) Ja.

(Seit wann sind Sie ergraut?) Das ist auch in den letzten Wochen gekommen und so schnell; gerade da, wo ich den Kopfschmerz habe.

(Nach dieser Geschichte?) Nein, nein; vor 6 Wochen, kann man sagen.

(Vor der Sache?) Ja, ja. Das werden jetzt her sein — das kam so schnell — das kam vor 5, 6 Wochen, da hatte ich immer solchen einseitigen Kopfschmerz.

(Wann war die erste Sache?) Mitte April.

(Sind in Ihrer Familie Nervenkrankheiten oder Geisteskrankheiten vorgekommen?) Mein Vater ist so früh gestorben, daß ich von ihm fast gar nichts weiß. Da war ich 6 Jahre alt. Er war noch jung; erst 28 Jahre alt. Meine Mutter starb bald nach meiner Geburt, die habe ich nur in den Bildern der Familie.

(Und nach diesen Familienbildern zaubern Sie sie sich vor?) Ja. Sie war ein sehr schönes Mädchen; die Familie hatte Hoffnungen darauf gesetzt, sie wurde in Bildern festgehalten.

(Erstreckt sich die Liebe nicht auch auf die zweite Mutter?) Die zweite Mutter hat zu mir wenig Liebe gehabt. Da sind zwei weitere Kinder da. Die sah nur auf die Interessen ihrer Kinder. Deswegen habe ich auch das Studium unterbrechen müssen.

(Konnten Sie als Kind zur zweiten Mutter nicht recht Fühlung bekommen?) Ich war als Kind immer für mich, einsam.

(Suchten Sie keinen Anschluß an andere Kinder?) Ja; bei den Indianerspielen, die bei uns noch beliebter sind wie irgendwo. Da war

ich wohl meistens der Anführer. Aber sonst war ich immer allein, hatte viel Freude am Lesen und Schreiben, am Studium.

(Sie hatten als Kind schon diese Phantasien? Fühlten sich schon unglücklich als Kind?) Ja, ein glückliches Gefühl hatte ich nie. Ich hatte immer ein Sehnen nach etwas, was sich nicht erfüllen mag oder erfüllen kann.

(Haben Sie das heute noch?) Immer.

(Und das befriedigen Sie dann in diesen Phantasien?) Ja.

(Früher war nie so eine Neigung aufgetreten, etwas zu besitzen?) Nie! Absolut nie! Gar nicht.

(Irgendein Sammeltrieb?) Nein, für Sammlungen habe ich nichts übrig. Es ist mir die Zeit vertrödelt.

(Rauchen Sie?) Rauchen? Gar nicht.

(Biertrinken?) Gar nicht. Höchst selten.

(Früher auch nicht?) Ich bin immer mäßig gewesen. Das Essen hat bei mir nie eine große Rolle gespielt. Ich vertiefe mich nicht in das Essen. Hingegen in die schöne Natur oder sonst etwas Schönes, schöne Einrichtungen, schöne Gegenstände, oh, die habe ich sehr gern. Schöne Menschen, gescheite Menschen, habe ich sehr gern. Aber sammeln, Münzen oder —. Ich bin auch nicht besonders sparsam und ökonomisch veranlagt. Wenn ich meine Frau nicht hätte, die das Geld ganz und gar verwaltete —. Nur meine kleinen Nebeneinkünfte für Übersetzungen —

(So führt Ihre Frau mehr das Regiment?) Jawohl, Herr Doktor. Das führt sie. Sie ist eine kleine, kluge, überaus edle Frau, bedeutend jünger als ich; sie ist 27 Jahre; aber in wirtschaftlichen Dingen viel klüger als ich. Ich bin für vieles interesselos. Ich wüßte gar nicht, was dies und jenes kostet, z. B. Lebensmittel. Ich verlasse mich ganz und gar auf meine Frau. Bin auch sonst absolut nicht habgierig. Im Spiel gönne ich jedem herzlich den Gewinn; ich beneide den andern nicht um die kleineren oder größeren Vorteile, die ihm eine Stellung bietet. Nein, ich habe keine Zeit. Ich komme kaum dazu. meine Phantasien sind mein Reich; das Reich meiner Ideen ist mir viel lieber, das ist für mich eine Erholung.

(Welches Reich der Ideen?) Ganz allein zu gehen oder zu sitzen zu Hause. Sehen Sie, Herr Doktor, meine Frau hat ihre eigenen Anschauungen. Sie ist sehr religiös, hoch sittlich, und ich habe es nie gewagt und nie versucht, ihr Argumente zu stellen, die sie schließlich wankend machen könnten. Sie lebt ihr eigenes Leben und ich meins.

(Sie wollten gerade erzählen; das Reich Ihrer Ideen?) Ja. Ob ich zu Hause bin, wenn ich mich unterhalte, so lebe ich oft nebenbei noch in meinen Phantasien weiter. Ich kann dann nur nicht so acht geben auf das, sondern nehme nur oberflächlich teil. Aber meine geliebten Ideen! Das ist die Basis, das ist der Grundstrom, der immer vorhanden ist.

(Welche Ideen?) Ideen, in denen ich glücklich bin, und in denen ich die Menschen glücklich machen kann, die ich lieb habe.



(Nämlich?) Meine Frau.

(Was für Ideen?) Ach, Herr Doktor, sehen Sie, ich denke mir dann — ich hatte zum Beispiel eine Lieblingsidee: ich könnte das wiedergewinnen, was ich verloren habe, und im stillen brasilianischen Hinterwald, wo so viele, viele meiner Verwandten sitzen, wieder einen Bauernhof haben, einen gut bestellten, wieder Landwirtschaft machen, wieder handeln und mein Frauchen dort haben. Das umkleide ich dann mit einer unendlichen Sorgfalt, bis auf das Kleinste.

(Was haben Sie denn verloren?) Ich habe das gehabt, was ich sagte, einen gut bestellten Bauernhof.

(Wieso haben Sie den verloren?) Durch Spiel — die Krankheit meiner Frau. Ein halbes Jahr war sie schwer krank, und ich konnte meinen Geschäften nicht nachgehen.

(Und Spiel, sagen Sie?) Vorher schon habe ich zum Teil verspielt. Wenn ich spielte, dann spielte ich nur auf ungewöhnlich hohe Einsätze. Nur das hatte Reiz. Kleine Einsätze zu machen, das hatte nicht die Anziehung.

(Kartenspiel?) Ja. Wir nennen es drüben Bakkarat.

(Seit wann spielen Sie nicht mehr?) Seit dieser Zeit.

(Wieviel Jahre ist das her?) Sechs Jahre, nicht mehr. Wir spielen zu Hause; aber das kann man wohl nicht ein kindliches Spiel nennen. Ja doch, mitunter ist es kindlich. Wir haben ein großes Rennspiel zu Hause; da kommen dann ein paar Freunde mit ihren Frauen, und da hat jeder einen Gaul. Ich habe mir das bei Wertheim gekauft. Es kostet 12 M. Es ist sehr schön, damit die Illusion vorhanden war.

(Welche Illusion?) Die Illusion, auf dem Rennplatz zu sein. Das Spiel ist sehr schön und groß; es sind Jockeis drauf, und da haben die Freunde und ihre Gattinnen je einen Renngaul, und da setzen wir uns manchmal abends zusammen, es werden kleine Einsätze gemacht und wird gespielt. Das macht mir Freude; aber den andern merkwürdigerweise auch. Ich weiß nicht, ob man es unter kindliche Spiele rubrizieren darf. Wenn man auch nur 10 Pfennige einsetzt, es hat allerlei Reiz, das zu gewinnen. Für mich hat es einen sehr hohen Reiz, 20 Pfennige zu gewinnen, wenn ich schon 10 Pfennig eingesetzt habe. Aber dann, wenn ich gewinne — ich bin, wie gesagt, nicht habgierig, sondern wenn ich mehrmals gewonnen habe, setze ich dasselbe wieder als Preis aus.

(Spielen Sie noch ähnliche Spiele, um zu gewinnen?) Nein. Ins Gasthaus gehe ich also gar nicht; ins Café gehe ich auch fast gar nicht. Nur wenn ich gezwungen bin, mit Kollegen eine Zusammenkunft zu haben.

(Wie ist Ihnen augenblicklich zumute?) Ja, Herr Doktor, sehen Sie, das ist nun schwer zu schildern. Ich habe Ihnen gesagt von einer Apathie und von einem Fatalismus. Der Fatalismus ist mir überhaupt eigen gewesen im Leben. Ich möchte — mich schmerzt's meiner Frau wegen — vor allem meiner Frau wegen schmerzt es mich, die meinen



Namen hat und die ihn mit solchem Stolz trägt und getragen hat. Wenn Sie sie sehen könnten, Herr Doktor, würden Sie sich ihrer erbarmen, als Menschenfreund, der Sie ja sind. Wenn Sie die Augen sehen — aber ich kann mich über diesen Schlag — wie ich damals so viel Geld verspielte —, es beherrschte mich ein Gefühl des Fatalismus, der Gedanke: es kann nicht anders sein, das ist Schicksal, es mußte so kommen.

(Warum?) Ich weiß nicht, warum. Gewiß, ich muß mir sagen, ich bin selbst schuld; der Wille war nicht stark genug, um diesen traumhaften Zustand zu beseitigen, zu verscheuchen.

(Sie sprachen eben von einem traumhaften Zustand. Haben Sie vielleicht irgendwie Zustände gehabt, sagen wir, sind Sie irgendwohin gefahren oder gegangen, und nachher fragten Sie sich: zu was?) Jawohl, Herr Doktor, in der letzten Zeit oft genug. Im Geschäft, im Bureau stand ich in der Registratur — bin zwei Stock hoch hinaufgeklettert, wollte etwas verlangen. Dann — ja, zu was bin ich jetzt hierhergegangen? — Ich weiß es nicht.

(War das vor der Tat oder nach der Tat?) Vor und nach. Die Gedankenlosigkeit ist auch jetzt noch, nur das Pensum behalte ich jetzt besser. Vor der Tat stieg auch die Nervosität aufs höchste.

(Sind Sie auch irgendwohin gefahren und wußten nicht, warum?) Ja, ich bin auch schon in die Bahn eingestiegen und von der Jungfernheide mit der Ringbahn nach Friedenau gefahren. Und dann saß ich im Wagen und weiß nicht, was ich dachte. Dann sah ich immer hinaus, muß ich aussteigen, kam nicht ganz in die Wirklichkeit, muß ich aussteigen? Nein. Schließlich kam ich in Wilmersdorf-Friedenau an. Ja, zu was bin ich denn eigentlich hierhergefahren?

(Wann war das? Auch am Abend?) Am Abend war es immer am hochgradigsten.

(Wohin wollten Sie denn fahren?) In die Stadt vielleicht, nach Lehrter Bahnhof da hinaus zu.

(Aber wie Sie in den Zug eingestiegen sind, wußten Sie gar nicht?) Nein, ich war vollständig gedankenlos. Ich kann die Beispiele gar nicht alle anführen.

(War das auch früher?) Erst seit der angestrengten Arbeit; ich habe sonst die Gedanken vollständig beisammen gehabt. Erst seitdem ich die Arbeit gewechselt habe.

(Kam es auch vor, daß Sie nicht ins Geschäft fuhren?) Da sorgte meine Frau dafür. Die schickte mich da schon.

(Das kam nicht vor, daß Sie da falsche Wege einschlugen?) Nein, da nicht. Da wurde ich auch schon immer erwartet in unmittelbarer Nähe des Hauses von Kameraden. Wir gehen durch den Wald. Aber das, daß ich zum Beispiel meine Frau rief oder jemand rief und dann — jetzt ist's viel besser — ich rief ihn an: Schnell, schnell! Und nun war er da — ein Laufbursche —. Holen Sie mir mal — na, da wußte ich's wieder nicht und



sagte, ich werde mir's selber holen. Und nun stand ich da: ja, was wollte ich. — Eins, Herr Doktor, eins, eins ist für Sie vielleicht ein Anhaltpunkt. Ich habe schon, nicht in dieser letzten Periode, sondern früher — habe ich oft eine wunderbare Translation des Schlafes, des Traumes, gehabt. Das war so. Ich hatte einen schönen Traum. Der Traum war wunderbar. Und wie ich erwachte, da hatte ich das Gefühl, das Nachgefühl, etwas Schönes gesehen zu haben. aber ich wußte nicht, was. Immer wieder wollte ich das wiedersehen oder wollte ich wissen, was da vorgekommen war — ich kam nicht darauf. Ich war im Geschäft und diktierte einer Dame. Auf einmal kommt der Traum mir in die wache Wirklichkeit, vormittags um 9 Uhr, 10 herum, nachdem ich vielleicht 4 Stunden wach gewesen war. Das ist mir oft gekommen.

(Was war das für ein Traum? Es war wohl meistens sexuell?) Ich glaube meistens, oder etwas Ähnliches, in der Frauen eine Rolle spielen. Es kam mit solch wunderbarer Genauigkeit wie eine Fata Morgana. Ich habe öfter Fata Morganas gesehen und wollte Vergleiche ziehen. Richtig, das war eine parable Fata Morgana. Ich setzte aus, plötzlich, da verdichtete sich der Schleier, und ich sah das Bild genau so, wie es im Traum war. Nicht den ganzen Traum, sondern eine Figur. Ich habe viel herumgefragt — des Interesses halber; ich habe niemand gefunden, der das hatte. Später konnte ich das nicht mehr, wenn es nicht freiwillig kam; selbst hernach, nachdem diese Fata Morgana erblaßt, dann gelang es ja, ich hatte die Kopie davon; aber es war viel realer, viel nüchterner, nicht mit diesem Gefühl der Wonne.

(Kamen denn auch Phantasien, Gedanken des Sich-Opferns, Sich-Hingebens?) Ja.

(Für wen?) Für Frau.

(Inwiefern?) Vielleicht, Herr Doktor, nicht wahr, ich habe vielfach Anwandlungen, die mich in solche Trauer bringen, daß ich den Verzicht auf das Leben wiederholt ins Auge faßte.

(Warum?) Das ist in Stunden großer Trauer, die ich mir selbst nicht erklären kann — einer großen, großen Trauer, in der ich alles, alles überdenke, was eben an Trostlosem sich ereignen kann. Die Kämpfe — man kämpft doch eigentlich hier recht mühsam um sein Brot — und zurückzukehren — jetzt — ist eben auch eine sehr schwere Sache. Bei uns drüben — entweder muß einer ein wohlhabender Bauer sein —

(Was kommt Ihnen wegen des Opferns, meine ich?) Sehen Sie, Herr Doktor, in den letzten Tagen kam mir öfter der Gedanke, ob es nicht doch besser wäre, ich würde vielleicht fortgehen und irgendwo mich — entweder Gift nehmen — diese Idee, die kommt mir oft.

(Erst nach der Tat oder vorher?) Nach der Tat wohl, aber vorher auch. Aber nicht so intensiv.

(Was hat das aber mit einem Sich-Opfern zu tun?) Ja, Logik ist



da wohl keine dabei; aber sie kommen, diese Gedanken, in Stunden der Trauer.

(Sie sprachen vorhin, einer Frau sich opfern?) Um sie zu befreien, um sie zu zwingen, nochmals das Schicksal zu bewegen, vielleicht, daß sich ihr andere Aussichten ergeben. Denn ich habe mir — ich habe sie jedenfalls getäuscht. Sie glaubte in mir viel größere Fähigkeiten — aber sie sagt es nicht.

(Das bezieht sich auf diese Frau. Bezog sich das früher auch auf andere Frauen?) Nein, nur auf diese. Ich habe noch nie eine Frau kennen gelernt, die mich andauernd durch Edelmut an sich fesselte und in Staunen versetzt und zur Dankbarkeit zwingt. Ich wäre in der Liebe vielleicht unstät. Ich glaube, Treue wäre bei mir eine schwere Sache, wenn ich nicht einen so überaus edlen Menschen vor mir hätte, der nur Verzeihung kennt und nur liebt und immer wieder sorgt. Keine Vorwürfe. Meine Frau ist ein sehr liebes, einfach bürgerlich erzogenes Mädchen mit soliden, festen Grundsätzen.

Wir wollen uns nunmehr zur Erörterung des Falles wenden, um dann die Frage zu beantworten, ob ihm für die strafbaren Handlungen der Schutz des § 51 zugebilligt werden darf.

Eine eingehende Untersuchung der Persönlichkeit des Herrn R. ließ mich nicht den geringsten Zweifel gegen die Wahrheit seiner oben niedergelegten Angaben erheben. Ich habe von ihm einen durchaus günstigen Eindruck gewonnen, der verstärkt wurde, je mehr ich mich in das Seelenleben des Herrn R. vertiefte. Er versuchte nicht im geringsten, irgendwelche Erscheinungen einer Geisteskrankheit zur Irreführung vorzutäuschen. Nicht einmal als erheblich belastet suchte er sich darzustellen. Herr R. gab sich von vornherein als durchaus natürlich, ungezwungen, und seine Darstellungen waren sichtlich frei von jeder Übertreibung, von jeglicher Beimischung täuschenden Materials. Daher glaube ich auch Herrn R., wenn er angibt, daß er in keiner Weise vorbestraft sei. Ich schenke seiner Angabe, daß seine Verhältnisse peinlich geordnet, seine Lebensgewohnheiten einfach und einwandfrei waren, vollen Glauben.

In körperlicher Hinsicht erscheint Herr R. etwas aufgeschossen, seine Statur ist schlank und zart, er trägt offenbar die Zeichen körperlicher und auch psychischer Schwäche und leichter Ermüdbarkeit an sich.

Herr R. erzählte, daß er vor einem Jahre an einer schweren Lungenentzündung erkrankt sei, die ihn drei Monate ans Bett gefesselt hätte. Noch in diesem Jahre, insbesondere zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlungen, hätte er an den Nachwehen der Lungenentzündung gelitten und die durch diese Erkrankung herbeigeführte körperliche und seelische Schwäche in ausgesprochenem Maße noch empfunden. Auch diese Angabe des R. erscheint durch seine Darstellung glaubwürdig; sie wird aber durch den objektiven Befund erhärtet, insofern noch heute in der linken seit-



lichen Brustwand die Auskultation deutliche Reibegeräusche, also entzündliche Veränderungen des Rippenfells, ergeben hat. Daher müssen wir dem R. durchaus glauben, wenn er eine körperlich bedingte Schwäche seines Organismus behauptet.

Es finden sich aber noch weitere wichtige und charakteristische Symptome eines schwachen Zustandes des Nervensystems, der, wie fast immer in solchen Fällen, gleichzeitig mit einer gewissen Reizbarkeit und abnormen Erregbarkeit einherzugehen pflegt.

Die Pulszahl beträgt heute, vor Beginn der Untersuchung, 80—90, um nach kleinen körperlichen Anstrengungen merkbar in die Höhe zu gehen und nach mehrmaligem Kniebeugen bis auf 120 Schläge und darüber anzuschwellen. Bei geschlossenen Augen trat lebhaftes Lidflattern ein. Vor allen Dingen aber trat sofort ein höchst bedenkliches Schwanken und eine derartige Störung des Gleichgewichts ein, daß Herr R. vor einem Hinfallen bewahrt werden mußte. Die Kniesehnenphänomene zeigten eine auffallend lebhafte Steigerung. Die Rückenhaut ließ das bekannte Phänomen der Dermographie erkennen, also das lebhafte Nachröten der Haut nach mechanischer Reizung.

Alle diese zuletzt aufgeführten Erscheinungen weisen mit Sicherheit auf eine krankhafte Veränderung, die sogenannte reizbare Schwäche des Nervensystems, hin.

Es ist nicht anzunehmen, daß dieser jetzt festgestellte nervöse Zustand erst nach Begehung der strafbaren Handlungen bei dem R. sich eingestellt hat. Denn wie schon gesagt, handelt es sich nicht um die körperlichen Ausdrucksformen verhaltener Angst und zurückgedämmter innerer Erregung im Hinblick auf geschehene und kommende Ereignisse, sondern die festgestellten Symptome sind lediglich aufzufassen als charakteristisch für eine sicherlich schon längere Zeit bestehende nervöse Erkrankung, die, wenn sie schon vorher vorhanden gewesen sein sollte, wie sehr wohl möglich, durch die schwere Lungenentzündung und ihre noch heute nachzuweisenden Reste sicherlich eine Steigerung und Verschärfung erfahren haben wird.

Zu dieser, sicherlich zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung vorhandenen, geistig-körperlichen Schwäche des Organismus kommt die vorangegangene Überanstrengung und Überbürdung, welcher der R. in seinem Berufe während der Zeit des Krieges ausgesetzt war. R. selbst schilderte, daß er sich einer neuen Tätigkeit in seiner Stellung zu unterziehen hatte, weil seine eigentliche Arbeit, die Korrespondenz mit dem Ausland, durch den Kriegsausbruch aufgehört hatte und er als Finanzbuchhalter beschäftigt werden mußte. R. fühlte sich dieser Arbeit nicht gewachsen. Er konnte sie nicht ablehnen, weil von seinem Vorgesetzten das Vertrauen zu der ihm übertragenen neuen Leistung in ihn gesetzt wurde und er schließlich auch seinen Ehrgeiz geschmeichelt fühlte, nun etwas Besonderes leisten zu können. Wir werden nicht fehlgehen in der

Behauptung, daß durch die Gestalt der Arbeitleistung, durch den angespornten Eifer die geistig-körperliche Schwäche seines Organismus noch weiter gefördert wurde. Wir müssen es R. glauben, daß die Zahlen ihm den Schlaf erschwerten und in die Träume folgten. So hat der Schlaf seine erfrischende und kräftigende Wirkung bei ihm sicherlich nicht in vollem Umfange auszuüben vermocht, und R. wird am Morgen nicht erfrischt in den Dienst gegangen sein.

In glaubwürdiger Weise versicherte R., daß er, um seine Frau zu schonen, in sexueller Hinsicht Zurückhaltung geübt hätte, die ihm nach seiner Schilderung nicht leicht gefallen ist. Ich habe die Überzeugung gewonnen, daß auch von der Sexualität her die geistig-körperliche Schwäche des R. wiederum eine Verstärkung erfahren hat.

Wenn wir die oben dargelegte Schilderung des R., wie er die Tat in den Warenhäusern vornahm, uns vergegenwärtigen, so gewinnen wir leider nicht den Eindruck, den ich bei der mündlichen Darstellung des R. gewonnen habe. Ich werde nie wieder diese greifbare Deutlichkeit und im höchsten Maße charakteristische Klarheit vergessen, womit R. mich in seinen Seelenzustand blicken ließ. Ich kann es nicht anders ausdrücken als: R. durchlebte vor meinen Augen noch einmal alles das, was er kurz vor und zur Zeit der Begehung der Straftaten seelisch durchgemacht hat. Mit unerschütterlicher Kraft drängte sich mir die Überzeugung auf, daß R. nicht die Absicht hatte, sich an fremdem Gute zu bereichern, und also ein einfacher Dieb wurde, sondern es gingen in ihm seelische Vorgänge vor sich, die ohne jeden Zweifel als krankhaft angesehen werden müssen. Wenn wir jetzt die obige Darstellung lesen, müssen wir die Überzeugung gewinnen, daß der Diebstahl in einer engen Beziehung zur Sexualität des R. steht. Es war eine Art wollüstiger Rausch über ihn gekommen der, ausgestattet mit einem unwiderstehlich zwangartigen Impuls, den ohnedies geistig-körperlich geschwächten R. zu der Tat führte. Die Hemmungsmechanismen waren vollständig ausgeschaltet. Es handelte sich bei ihm gewissermaßen um die Ausschaltung der alltäglichen Persönlichkeit und die Einschaltung einer durchaus krankhaft veränderten Individualität, welche von dem unwiderstehlichen Triebe erfüllt war, in einem dem Sexualrausch äquivalenten Zustande das Lustgefühl zu kosten, eben etwas zu tun, was sonst seiner Persönlichkeit durchaus fern lag.

Neben dieser sexuellen Wurzel stoßen wir aber unschwer noch auf eine andere Quelle, aus der der krankhafte Impuls bei R. geflossen kam.

Höchst charakteristisch für Persönlichkeiten von der Art des R. ist sein offenbar erhaltener kindlicher Trieb und sein Hang zu kindlichem Gespiel. Wir finden in der oben niedergelegten Wiedergabe der Erzählung des R. den unzweifelhaft pathologischen Hang, im Wachen zu träumen und an den ausschweifendsten Phantasiegebilden Lust und Genüge zu finden. Ganz nach Kinderart baut sich der Erwachsene seine Luftschlösser und bevölkert sie mit den Gebilden seiner krankhaft schweifen-



den Phantasie. Ein auf der Stufe der Kindlichkeit stehen gebliebener Wille zur Macht offenbart sich durchweg in all diesen Ausgeburten einer pathologischen Geistesveranlagung. Und dieser kindliche Wille zur Macht, etwas zu besitzen, etwas zu bekommen, spielt sicherlich auch eine Rolle bei der Begehung der Diebstähle, insofern es der veränderten Persönlichkeit Freude bereitete, in einen Besitz zu gelangen und dadurch eine Machtäußerung zu offenbaren. Ein großes Stück Kindlichkeit lugt aus allen Erzählungen des R. deutlich genug hervor und findet seine Verkörperung in der höchst charakteristischen Erzählung, wie R. die Einsamkeit aufsucht und dann durch Anspannung seiner krankhaften Phantasie das Bild seiner verstorbenen Mutter sich sinnlich greifbar vorzaubert.

Man vergegenwärtige sich ferner die Fülle der Einzelheiten, die in der oben niedergelegten Wiedergabe der Untersuchung der Persönlichkeit des R. enthalten sind, und man muß zu dem zwingenden Schlusse kommen, daß R. eine entschieden krankhafte Persönlichkeit ist.

Man bedenke seine freudlose Jugend, die ungenügende und mangelhafte Einwirkung auf die ganze geistige Entwicklung des heranwachsenden Menschen, so wird man begreifen, daß eine unglückliche Veranlagung nicht die Zügelung und den Ausgleich einer liebevollen elterlichen Erziehung gefunden hat. Dazu kommt die durch die schwere Lungenentzündung herbeigeführte Schwächung des Organismus. Man erinnere sich ferner an die neue, ungewohnte und wohl über seine Kräfte gehende Arbeit, die dem R. seit Kriegsbeginn anvertraut war, und so wird man die wichtigen Momente beisammen haben, welche eine akut einsetzende Veränderung der Persönlichkeit des R. durchaus erklärlich erscheinen lassen; denn die Schilderungen, die er von der Zeit vor und während der Begehung der strafbaren Handlungen entworfen hat, lassen, wie gesagt, nicht den geringsten Zweifel übrig, daß die Kontinuität seines ohnehin schon mit pathologischen Elementen reichlich durchsetzten Bewußtseins unterbrochen wurde und ausgesprochen krankhafte Triebe, Vorstellungen und Gefühle die Oberhand und die Führung gewannen. — Ich komme daher zu dem Schluß, daß R. zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlungen in der Tat in einem Zustande sich befunden hat, worin seine freie Willensentschließung als aufgehoben angesehen werden muß. Die Voraussetzungen des § 51 sind somit gegeben.



Kleinere Mitteilungen.

Der Minister des Innern. Berlin, den 14. August 1915.

M. 1227. (Min.-Bl. f. Med.-Angel. 1915, S. 291).

Durch den Erlaß vom 20. Dezember v. J. — M. 3055 (Min.-Bl. f. Med.-Angel. 1915, S. 6) — ist erläuternd angeordnet worden, daß die während des Krieges in Krankenanstalten aufgenommenen Militärpersonen nicht in die durch Bundesratsbeschlüsse vom 24. Okt. 1875 und 12. Dez. 1901 vorgeschriebene Heilanstaltstatistik aufzunehmen sind. Hierzu rechnen auch die während des Krieges als geisteskrank in die Behandlung von öffentlichen oder privaten Heilanstalten eingetretenen Militärpersonen.

Die Beobachtungen über diese Personen sind jedoch für die Psychiatrie und die allgemeine Fürsorge in wissenschaftlicher wie in praktischer Hinsicht wichtig. Um sie nutzbar machen zu können — sei es in den späteren Anstaltberichten, sie es in einer besonderen Zusammenfassung — sind genügende Aufzeichnungen auch über diese bei der Anstaltstatistik nicht zu berücksichtigenden Kranken erforderlich.

Eure Durchlaucht (Exzellenz) ersuche ich ergebenst, der Provinzialverwaltung zur Erwägung zu geben, ob die ihr unterstellten Anstalten auf diese Aufgabe nicht ausdrücklich aufmerksam zu machen seien.

Im Auftrage

An die Herren Oberpräsidenten. *Kirchner.*

Vorstehender Ministerialerlaß, der zwar nur für Preußen gilt, dessen Ziel aber voraussichtlich auch die übrigen deutschen Staaten ins Auge fassen werden, gibt dem Vorstande des Deutschen Vereins für Psychiatrie willkommene Veranlassung zur Bitte an die Fachgenossen, für eine Zusammenstellung des Anteils, den die deutschen Anstalten für Geisteskranke an den Kriegsfolgen und der Kriegsfürsorge genommen haben und weiter nehmen, schon jetzt die Unterlagen vorzubereiten. Auch wenn die erforderlichen Aufzeichnungen mancherorts in Anstaltberichten oder in sonstigen Einzelveröffentlichungen verwertet werden, dürfte eine zusammenfassende Bearbeitung bestimmter Ereignisse für das ganze Reichs-

gebiet sich empfehlen, um die Leistungen der psychiatrischen Anstalten während dieser schweren Zeit in einem Gesamtüberblick zu vereinigen und in ihrer Bedeutung festzuhalten.

Zu diesem Zweck schlagen wir die Beachtung folgender Punkte vor:

I. Kriegsfolgen.

A. Wieviel Ärzte (und Ärztinnen),
„ Pfleger (und Pflegerinnen),
„ sonstige Angestellte
sind für die Anstalt vorgesehen?
waren zur Zeit des Kriegsausbruchs vorhanden?

2. Welche Ärzte (namentlich),
Wieviel Pfleger,
„ sonstige Angestellte
— mit Angabe ihrer Stellung im Betriebe der Anstalt —
sind
zum Dienst mit der Waffe,
als Armierungssoldaten,
zum Sanitätsdienst,
zu sonstigen Hilfeleistungen
eingezogen oder
haben sich als Freiwillige gemeldet?

3. Von diesen sind
welche Ärzte,
wieviel Pfleger,
„ sonstige Angestellte
gefallen?
sonst im Heeresdienste gestorben?
verwundet?
geschädigt?
gefangen?
mit dem Eisernen Kreuz oder
sonstigen (welchen?) Auszeichnungen belohnt?

B. Hat die Anstalt mit ihren Insassen sonst unter dem Krieg unmittelbar zu leiden gehabt (Einnahme durch den Feind, Gefährdung durch nahe Kämpfe, Fliegerbomben u. a.)?

II. Kriegsfürsorge.

A. Hat die Anstalt ein Lazarett eingerichtet?
ein allgemeines oder nur für bestimmte Formen (Nervenkranke, Beschäftigungstherapie usw.)?
wann eröffnet und wann geschlossen?



wieviel Kranke im Höchstfall?
" " im ganzen verpflegt?
" entlassen
a) als dienstfähig?
b) in andere Behandlung?
c) als dienstunbrauchbar?
d) gestorben?

B. Wieviel Militärpersonen sind in die Anstalt selbst (nicht in das Lazarett) eingetreten (darunter wieviel im Offiziersrange)

1. zur Beobachtung? Davon
a) geistesgesund?
b) geisteskrank befunden?

2. als geisteskrank?

3. als Psychopathen?

Von 2. und 3. wieviel
a) entlassen als felddienstfähig?
b) als garnisondienstfähig?
c) nach Hause?
d) in eine andere Anstalt?
e) in eine fremde Familie?
f) noch in der Anstalt?
g) gestorben?

C. Hat die Anstalt als poliklinische Beratungs- und Behandlungsstelle für nerven- und psychisch-kranke Militärpersonen gedient?
Wieviel Zugänge?

D. Sind Kriegs- oder Zivilgefangene in die Anstalt oder in die poliklinische Behandlung eingetreten?
Wieviel in die Anstalt?
" in poliklinische Behandlung?

Nähere Mitteilungen im Anschluß an dieses Schema, insbesondere über die Kollegen und ihre Erlebnisse, werden dankbar begrüßt und wenn möglich, benutzt werden.

Wir beabsichtigen Fragebogen etwa vorstehenden Inhalts zur gegebenen Zeit an alle deutschen Anstalten zu senden und bitten, etwaige Vorschläge zur Abänderung oder Vervollständigung der gestellten Fragen an Dr. *Hans Laehr*, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, einzusenden.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Psychopathia gallica. — Die Sturmflut der Erregung, die im Beginn des jetzigen Weltkrieges unser Volk durchbrauste und neben großen und segenvollen Erscheinungen auch manche vorschnelle Wirkung hervorbrachte, hat naturgemäß auch vor uns Psychiatern nicht Halt gemacht, und so mochte die Frage nach dem Ursprung der unglaublichen Verkennung deutschen Wesens und des maßlosen Hasses gegen unser Volk, den wir bei unsern Gegnern, namentlich den Franzosen, mit immer neuem Erstaunen erlebt haben, manchem von uns den Gedanken an eine Massen-, eine Volkspsychose nahelegen. Dieser Gedanke erinnert zwar an die oberflächliche Art der Betrachtung, die nach 1848 den Morbus democraticus *Groddecks* auftauchen ließ; da aber im Gegensatz zu damals jetzt zwei ernst zu nehmende Fachgenossen, die als Sachverständige nicht abgelehnt werden können, auf *Groddecks* Spuren wandeln, nur daß sie nicht die Anhänger einer politischen Partei, sondern ein ganzes Volk oder den größten Teil desselben als z. Z. geisteskrank zu erweisen sich bemühen, dürfte eine Wiedergabe und Prüfung ihrer Ausführungen nicht überflüssig erscheinen.

Zunächst unterzog *Löwenfeld*-München das französische Volk aus Anlaß des jetzigen Krieges psychiatrischer Beurteilung. Sein Aufsatz [1]) ist am 1. November 1914 abgeschlossen, also in einer Zeit entstanden, in der die Wogen der Erregung noch hoch gingen. Von vornherein sei bemerkt, daß *Löwenfeld* nicht in der plumpen Weise unseres französischen Fachgenossen *Toulouse* vorgeht, der zumal auf Grund der damaligen Zeitungslügen über deutsche Greuel in Belgien alle für Massenpsychosen charakteristischen Erscheinungen, dazu Größen- und Verfolgungswahn beim deutschen Volk entdeckt hatte. *Löwenfeld* gibt zunächst, sorgfältig abwägend, eine geschichtliche Unterlage. Er geht davon aus, daß in Frankreich eine Mischung der drei europäischen Hauptrassen — der mittelländischen, dunkelhaarigen Langköpfe, der alpinen Kurzköpfe und der germanischen, blonden Langköpfe — stattfand, daß die Gallier wesentlich germanischer Abstammung, aber bereits zu Cäsars Zeit durch Mischung mit Elementen anderer Rassen von den Germanen verschieden waren, und daß später trotz der Überflutung Galliens mit rein germanischen Stämmen die Eigenschaften der alpinen Kurzköpfe in der Vererbung sich hartnäckiger erwiesen und immer entschiedener das Übergewicht erlangten. Nicht die Unstetheit und Neuerungsucht, nicht der Unabhängigkeitsinn und die Kriegslust der alten Gallier sei bei der Masse der heutigen Franzosen zu finden, sondern im Grunde herrschten konservative, friedliebende, bedientenhafte und materieller Wohlfahrt günstige Neigungen vor. Ge-

[1]) *L. Löwenfeld*-München: Über den Nationalcharakter der Franzosen und dessen krankhafte Auswüchse (die Psychopathia gallica) in ihren Beziehungen zum Weltkrieg. — Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Heft 100. Wiesbaden. Bergmann, 1914.

blieben seien den Franzosen von den Galliern her nur „Eitelkeit und Prahlsucht, Eigenschaften, die auf Selbstüberschätzung und Mangel an Wahrheitliebe beruhen“, sowie die gemütliche Erregbarkeit durch Gefühle, die das eigene Ich oder — im Zusammenhang mit der Eitelkeit — die nationale Ehre und Unehre betreffen. Dazu komme ein Hang zur Grausamkeit, der nicht nur aus der Geschichte vom Mittelalter bis in unser Jahrhundert, sondern auch aus Vorkommnissen des jetzigen Krieges nachgewiesen wird. „Von den angeführten Eigenschaften haben sich die Eitelkeit, die erhöhte Emotivität und Suggestibilität mehr und mehr zu einer das politische Leben der Nation in weitgehendem Maße bestimmenden Macht entwickelt.“ Diese drei Züge, besonders aber die erhöhte Emotivität und Suggestibilität, gewinnen aber „dadurch noch eine besondere Bedeutung, daß sie die Entwicklung psychopathischer Zustände bei dem französischen Volk erleichtern, d. h. eine psychopathische Disposition begründen“. Sie bewirken, daß „Vorgänge von untergeordnetem Interesse bei den Massen eine gemütliche Erregung hervorzurufen vermögen, die erheblich über das Normale hinausgeht und die Urteilsfähigkeit derart beeinträchtigt, daß die Unterscheidung von Trug und Wahrheit unmöglich wird, womit ein krankhafter Geisteszustand gegeben ist.“

„Die erhöhte Suggestibilität der Franzosen betrifft jedoch nicht gleichmäßig Vorstellungen jeder Art, sondern vorzugweise, wenn nicht ausschließlich, solche von allgemeiner Bedeutung und starker Gefühlsbetonung.“ Daher die Herrschaft der „Schlagwörter, wie man zu sagen pflegt“: Vaterland, Freiheit, Gleichheit, nationale Ehre, nationaler Wohlstand usw. Man kann diese Vorstellungen zu den überwertigen Ideen zählen, und diese können ebensowohl pathologisch wie normal sein. „Pathologische Eigenschaften gewinnt die überwertige Idee, wenn die Stärke ihres Gefühlstons in keinem Verhältnis zu ihrem Inhalt steht, wenn sie durch logische Gegenvorstellungen unbeeinflußbar ist, sich anscheinend spontan in das Bewußtsein immer wieder eindrängt und aus demselben nicht willkürlich entfernt werden kann, also einen gewissen Zwangcharakter aufweist und auf den Verlauf des Denkprozesses einen weittragenden Einfluß ausübt.“ „Überwertige Ideen können auch als Suggestion bezeichnet werden, wenn sie durch Eingebung von dritter Seite zustande kommen.“ Es wird nun eine große Anzahl von Beispielen für die erhöhte Suggestibilität der Franzosen vom Mittelalter an beigebracht, zuletzt die Heranzüchtung der Idee der Gloire seit Ludwig XIV. Sie konnte 1870/71 den Niederlagen gegenüber nicht mehr vollständig aufrechterhalten werden. „Die Verblendung, welche sie und die damit zusammenhängende Eitelkeit erzeugt hatten, gebar dafür eine neue, wahnhafte, überwertige Idee, in der man gewissermaßen einen Trost für die peinliche, nicht zu bestreitende Sachlage suchte“: die Idee, daß die Niederlage Frankreichs nur durch Verrat zustande gekommen sei. Dazu kam im letzten halben Jahrhundert die überwertige Idee der Revanche.



„Man kann den Gedanken, der nach dem Kriege alle Kreise erfüllte, an dem deutschen Volke für das Erlittene zu geeigneter Zeit Rache zu nehmen, als eine an sich durchaus normale Reaktion auf ein sehr peinliches Erlebnis betrachten." „Die Gefühlsbetonung der Revancheidee, welche ihr den Charakter einer überwertigen Idee verlieh, hätte jedoch unter normalen Verhältnissen und ohne stetige neue Anfachung im Laufe der Zeit so abnehmen müssen, daß diese Idee sich als tatsächlicher Wunsch nur hätte erhalten können, wenn sie durch nüchterne, logische Erwägungen gestützt worden wäre." Logische Erwägungen aber hätten zu der Einsicht führen müssen, „daß das Festhalten an der Revancheidee, d. h. die Absicht, nicht in ferner Zukunft, sondern in absehbarer Zeit einen Revanchekrieg zu führen, mit den Interessen des Landes nicht vereinbar sei." Solche Erwägungen blieben aber machtlos. „Dies läßt sich nur dadurch erklären, daß durch die Hetzereien dekadenter und verschrobener Individuen und wahrscheinlich auch die psychopathische Konstitution eines Teiles der politisch prominenten Persönlichkeiten die Gefühlsbetonung der Revancheidee in einer Stärke erhalten wurde, welche eine nüchterne, sachliche Beurteilung der Vor- und Nachteile feindlicher Absichten gegen Deutschland unmöglich machte. Durch diesen, die Intelligenz schädigenden, i. e. verblendenden Einfluß ist der pathologische Charakter der Revancheidee, soweit diese für das politische Verhalten Frankreichs bestimmend war, genügend gekennzeichnet."

Sehr ausführlich wird nun der Fall Dreyfus behandelt mit Rücksicht auf „das psychopathologische Interesse, welches der Affäre als Ursache einer epidemischen Geistesstörung in Frankreich zukommt. Man darf wohl sagen, es ist eine ebenso merkwürdige wie lehrreiche Tatsache, daß ein einfacher Rechtsfall ... die weit überwiegende Mehrheit des französischen Volkes in Aufruhr versetzen und damit der Zurechnungsfähigkeit berauben konnte, eine Tatsache, die sich nur aus dem französischen Nationalcharakter erklären läßt und zugleich den Beweis dafür liefert, daß dieser ... Elemente in sich schließt, welche eine psychopathische Disposition begründen." „Wären die Franzosen weniger suggestibel, und hätte die Revancheidee nicht ihre Urteilsfähigkeit beschränkt sowie ihre an sich schon erhebliche gemütliche Erregbarkeit gesteigert, der Fall Dreyfus hätte sich nie zu einer Affäre entwickeln können, welche die Bevölkerung Frankreichs in zwei Lager spaltete."

„Das in politischer Hinsicht folgenschwerste Produkt der Revancheidee bildet jedoch das Bündnis mit Rußland und die Gestaltung, welche dasselbe bis in die jüngste Zeit annahm." Die Entwürdigung durch das Vasallenverhältnis der Republik zum absolutistischen Rußland wurde hingenommen „nicht, weil die Not des Landes sie erheischte, sondern lediglich, weil sie eine Aussicht auf Befriedigung der Revancheidee eröffnete". „Die intellektuelle und moralische Minderwertigkeit, welche die Revancheidee in Frankreich verursacht hatte, konnte sich kaum deutlicher

ausprägen." Als weitere Beweise, welche Verheerung „die Revanche- und Größeniden" selbst in den Köpfen Gebildeter anrichteten, führt *Löwenfeld* die bekannten Äußerungen *Bergsons*, *Toulouses* und *Pelletans* sowie französische Zeitungstimmen an, denen ja auch manche aus neuerer Zeit beizufügen wären.

Aus all diesen Ausführungen schließt *Löwenfeld* nun nicht, daß „das französische Volk im ganzen, noch dessen führende Kreise geisteskrank im wissenschaftlichen Sinne" seien, „obwohl die Äußerungen des Matin und *Pelletans* die Versuchung sehr nahe legen, wenigstens bezüglich der führenden Kreise etwas Derartiges anzunehmen. Allein zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit gibt es einen Mittelzustand oder, wie man gewöhnlich sagt, ein Grenzgebiet, das alle jene zahlreichen seelischen Störungen umfaßt, die nicht als Symptome von Geisteskrankheiten wissenschaftlich betrachtet werden." „Was an seelischen Anomalien bei dem französischen Volke und insbesondere seinen führenden Elementen derzeit sich bemerklich macht, gehört dem erwähnten Grenzgebiete an, dessen Erscheinungen man als Psychopathie, psychopathische Minderwertigkeiten, psychopathische Zustände usw. bezeichnet." Man könne also gegenwärtig von einer Psychopathia gallica sprechen, deren Prognose Verf. aber nicht als ungünstig erachtet, falls der Ausgang des Krieges sich so gestaltet, wie wir Deutsche hoffen. Die Einsicht, daß die Revancheidee unermeßliches Unglück über Frankreich gebracht habe, und daß dauernder Friede in Europa und Frankreichs Wohlfahrt nicht vom Fortbestande eines Bündnisses mit England und Rußland, sondern von einer Verständigung mit Deutschland zu erwarten seien, könne dann siegen und dazu führen, „daß nach dem Kriege früher oder später der gesunde Sinn bei unsern westlichen Nachbarn wieder zum Durchbruch gelangt und die Oberhand über Eitelkeit und Rachsucht behält".

Zu einem auf den ersten Blick ähnlichen Ergebnis kommt auch *Benda*-Berlin [1]), der die gleiche Frage im Sommer 1915 behandelt hat. Er glaubt sogar, daß er sich, abgesehen von der Prognose, die er als recht ungünstig ansieht, mit *Löwenfeld* „in den wesentlichen Punkten in Übereinstimmung befinde". Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings trotz im ganzen gleicher Ausgangpunkte ein sehr erheblicher Unterschied der Auffassung.

Benda beginnt damit, daß man sich in einem Gutachten darüber, ob bei einem Verbrecher die Bedingungen des § 51 StGB. erfüllt sind, die Frage stelle: Liegt ein krankhafter Zustand des Gehirns vor? Nun gebe es zwar zweifellos eine Volksseele als Erzeugnis der seelischen Eigentümlichkeiten der Einzelmenschen, aber kein Volksgehirn. „Wenn man es also unternimmt, aus den Reaktionseigentümlichkeiten eines Volkes auf

---

[1]) *Benda*-Berlin: Ist das französische Volk zurechnungsfähig? Köln. Zeitung Nr. 865 vom 26. August 1915.



krankhafte Züge seiner Volksseele zu schließen und diese in bezug auf die Zurechnungsfähigkeit in analoger Weise wie beim Einzelmenschen zu bewerten, so muß man sich klarmachen, daß das Ergebnis dieser Behandlung nicht buchstäblich zu nehmen ist, sondern daß ihm natürlich nur eine übertragene Bedeutung zukommen kann.“ Es handelt sich also nur um einen Vergleich: gleich als ob das französische Volk ein Einzelmensch wäre, will *Benda* in „dem großen Weltbrandstiftungsprozeß gegen England, Rußland, Frankreich und Genossen vor dem Weltgericht über den Geisteszustand des französischen Volkes“ ein Gutachten erstatten. Nun sollte man denken, in jenem Vergleich müßten dem Gehirn des Einzelmenschen die leitenden Persönlichkeiten des Volkes entsprechen; so will es aber *Benda* nicht. Er faßt zum Schluß sein Gutachten dahin zusammen, daß zwar das französische Volk nicht als verantwortlich zu betrachten sei, wohl aber diejenigen, die Frankreichs Geschicke geleitet haben. „Die höheren Schichten, insbesondere die Regierenden und die Intellektuellen, die den Volkswillen bestimmend beeinflussen, haben durch ihre mit suggestiver Kraft wirkende, jahrzehntelang betriebene Hetzarbeit die krankhafte Eigenart des französischen Volkes mißbraucht, um ihre verbrecherischen Pläne zur Ausführung zu bringen.“ Er unterscheidet also das französische Volk von den leitenden Kreisen Frankreichs: diese sind voll verantwortlich, jenes ist vergleichweise durch § 51 gedeckt. Wir haben es bei ihm „mit einem vererbten hysterischen Zustand zu tun, der besonders charakterisiert ist durch eine große Eitelkeit, Selbstgefälligkeit, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit und Impulsivität, gepaart mit einer bombastischen, schwülstigen Ausdrucksweise, die die Wahrheit färbt. Auf diesem hysterischen Boden hat sich aber im Laufe der letzten Jahrzehnte unter dem Einfluß eines großen, katastrophalen Ereignisses eine geistige Störung entwickelt, gekennzeichnet durch die affektbetonte, überwertige Idee der Revanche, der Wiedererlangung der alten Gloire und der verlorenen Provinzen, auf die als Produkt einer Autosuggestion ein historischer Anspruch erhoben wurde. Hierzu haben sich moralische Defekte und gewisse Züge von Schwachsinn hinzugesellt.“ So hat diese geistige Störung das kranke Volk zwar nicht unmittelbar zur verbrecherischen Tat geführt, sie aber ermöglicht infolge der Suggestibilität, durch die es das Opfer eines fremden, verbrecherischen Willens, nämlich dessen seiner Regierenden und Intellektuellen, geworden ist.

Löwenfeld und *Benda* stimmen darin überein, daß beim französischen Volke auf Grund einer ererbten Eigenart, die jener als psychopathische Disposition, dieser als hysterischen Zustand bezeichnet, sich die überwertige Revancheidee entwickelt habe, die deshalb als krankhaft zu betrachten sei, weil sie eine sachliche Beurteilung der Verhältnisse ausschließe. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden besteht aber darin, daß *Benda* die Volksführer als voll verantwortlich ansieht und nur für das übrige Volk, das sich von jenen in das Verbrechen des Weltkrieges

hineinziehen ließ, den Freispruch auf Grund geistiger Störung beantragt, während *Löwenfeld* das gesamte Volk als Opfer psychopathischer Minderwertigkeit auffaßt. Und dieser Gegensatz wird noch größer dadurch, daß *Löwenfeld* die seelischen Anomalien insbesondere bei den Volksführern findet und sich sogar beinahe versucht fühlt, gerade bei ihnen etwas wie Geisteskrankheit in wissenschaftlichem Sinne anzunehmen. Woher diese Verschiedenheit in der Beurteilung der leitenden Kreise?

Benda übergeht den Umstand, daß auch die Führer dem Volk entstammen, bei dem sich auf ererbtem hysterischen Zustand eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit entwickelt hat. Wenigstens sagt er nicht, weshalb die „affektbetonte überwertige Idee der Revanche", in der jene krankhafte Störung hauptsächlich zum Ausdruck kommt, nicht auch bei den Führern als pathologisch gelten soll. Ich vermute, weil er bei diesen die „Züge von Schwachsinn" vermißt, die er bei der Masse des Volkes findet. Er sagt: „Ein Volk, das sich angesichts der durchgreifenden Erfolge seiner Gegner noch immer mit solchen nichtssagenden Redensarten abspeisen läßt, das noch immer keine Verlustlisten verlangt und keine Aufklärung über den wirklichen Stand der Dinge fordert, trotz der gewaltigen Verluste und Mißerfolge, das sich noch immer am Narrenseile herumziehen läßt, während es früher aus geringfügigen Ursachen heraus eine Änderung der bestehenden Verhältnisse herbeizuführen die Kraft und Entschlußfähigkeit besaß, ein solches Volk zeigt, daß bei ihm bereits Zeichen einer geistigen Stumpfheit zutage getreten sind. De omnibus dubitandum lehrte einst Descartes seine Landsleute. Heute aber schenken sie blindlings Glauben den Lügen ihrer Presse, ihrer Regierung; sie wollen nicht zweifeln, sie wollen getäuscht sein." Dieser Stumpfsinn, der darin besteht, daß die Franzosen getäuscht sein und nicht zweifeln wollen, um sich nicht gegen die Regierung auflehnen zu müssen, ist aber doch wohl nach *Benda* eine Folge der „affektbetonten überwertigen Ideen" der Revanche und Gloire; der Franzose, der von diesen erfüllt ist, d. h. der Frankreichs Ruhm und Rache von diesem Kriege erwartet und ersehnt und dem Einfluß widersprechender Vorstellungen unzugänglich ist, wird eben alles, was mit jenen Ideen nicht übereinstimmt, also auch die Erfolge der Gegner und die eigenen Verluste, als belanglos für das Ziel betrachten und Lügen, die im Sinne jener überwertigen Ideen verbreitet werden, blindlings glauben oder wenigstens geneigt sein, ihnen zu glauben, und jeden Zweifel, soweit irgend möglich, ablehnen, vielleicht auch mancher Maßregel, von deren Nutzen er nicht überzeugt ist, wenigstens äußerlich zustimmen, um die Einigkeit im Volke nicht zu gefährden, die er als notwendige Voraussetzung des künftigen Erfolges erkennt, und um der Regierung keinen Stein in den Weg zu werfen, die er vom gleichen Willen zur Durchführung des Rachekrieges beseelt weiß. Besteht hierin der Stumpfsinn des Volkes, so sehe ich nicht, weshalb er nicht auch den Führern zugebilligt werden soll, warum nicht auch diese durch jene überwertigen



Ideen in ihrem Urteil verblendet und somit durch Leidenschaft betrogene Betrüger sein können. Nicht alle Maßregeln der Regierung, nicht alle Mitteilungen der Presse, die im Dienste der Unwahrheit stehen, mögen durch jene überwertige Idee psychiatrisch gedeckt sein, auch bewußte Lüge wird sich eingemischt haben, um die Sache der Revanche und der „heiligen Einigkeit" zu fördern oder aufrechtzuerhalten, Selbstsucht, kühle Berechnung des eigenen Vorteils und die Gleichgültigkeit des Leichtsinns gegen das Schicksal des eigenen Volkes und erst recht der andern Völker mag manchen minder Verblendeten, minder „Stumpfsinnigen" zu dem großen Va-banque-Spiel ebenso und vielleicht mehr getrieben haben wie die überwertige Idee, aber sollte solche Gesinnung nur in den Führern, nicht auch in der Masse des Volkes verbreitet und wirksam sein? Sollte hierauf ein Unterschied zwischen Volk und Führern sich aufbauen lassen? Die Berechtigung hierzu kann ich wenigstens den Ausführungen *Bendas* nicht entnehmen.

Aber auch *Löwenthal* gerät an diesem Punkte, obwohl oder vielleicht gerade, weil er tiefer eindringt, in einen gewissen, wenigstens scheinbaren Widerspruch mit ihm selbst. Er sagt (S. 33), man könnte seine Behauptung, daß die kriegerischen Neigungen der alten Gallier im Nationalcharakter der Masse des französischen Volkes der Gegenwart nicht mehr vertreten seien, durch die Tatsache als widerlegt erachten, daß sich die Revancheidee in Frankreich bis in die jüngste Zeit erhalten hat. Man müsse aber die große Masse des Volkes, bei der die Revancheidee allmählich den Charakter eines bloßen Wunsches angenommen habe, und die fanatischen Vertreter der Revancheidee unterscheiden. Dort hielt man „zwar an dem Glauben fest, daß es einmal zu einem Rachekriege, natürlich mit günstigem Ausgang für Frankreich, kommen werde, man wünschte auch einen solchen Krieg, aber keineswegs in der Gegenwart, sondern in einer fernen, nicht näher bestimmbaren Zukunft. ... Dazu kommt wohl auch der Umstand, daß man trotz aller Kriecherei vor dem nordischen Despoten aufrichtige Sympathie zu dem russischen Verbündeten nicht empfinden konnte und wenig geneigt war, für denselben die Kastanien aus dem Feuer zu holen. Die fanatischen Vertreter der Revancheidee, bei denen die oben erwähnte intellektuelle und moralische Minderwertigkeit bestand, d. h. diejenigen, die einen Rachekrieg nicht in ferner Zukunft, sondern bei günstiger Gelegenheit jederzeit wünschten und deshalb es für ihre Pflicht hielten, die Entwicklung günstigerer Beziehungen zu Deutschland zu verhindern, fanden sich hauptsächlich in den gebildeten Schichten des Mittelstandes. Es waren Berufspolitiker, Parlamentarier und Parteihäuptlinge, großmäulige Advokaten und der überwiegende Teil der Presse." So erkläre sich, daß die Mobilisierung, besonders auf dem Lande und in den kleinen Städten, nicht Jubel, sondern Bestürzung hervorrief. „Es war klar: während die Regierenden die Vorbereitungen für den Revanchekrieg unausgesetzt betrieben, war die Masse des Volkes keineswegs geneigt, auf



die Segnungen des Friedens zu verzichten. Ja, es mag sein, daß man den fortwährend sich steigernden Aufwand für die Rüstungen als eine Art Bürgschaft für die Erhaltung des Friedens betrachtete. Daher die Bestürzung, als man sich plötzlich aus der lieben Gewohnheit und ruhigen Existenz gerissen und genötigt sah, dem Rufe zu den Waffen Folge zu leisten." Hiernach fehlte beim Ausbruch des Krieges der Masse des französischen Volkes das pathologische Element der überwertigen Revancheidee: weder stand die Stärke ihres Gefühlstons außer Verhältnis zu ihrem Inhalt — denn daß ein überwundenes Volk, das einen ihm seit lange zugehörigen Landstrich dem Sieger überlassen mußte, den Wunsch und die Hoffnung festhält, falls sich ihm in einer nicht näher bestimmbaren Zukunft hierzu günstige Gelegenheit biete, das verlorene Gebiet zurückzuerobern, wird man nicht ohne weiteres als eine Störung des gemütlichen Gleichgewichts betrachten können —, noch war die Revancheidee durch logische Gegenvorstellungen unbeeinflußbar — sonst wäre der Gedanke ihrer Ausführung ja nicht in eine ferne Zukunft verlegt worden —, noch wies sie Zwangcharakter auf oder übte auf den Verlauf des Denkprozesses weittragenden Einfluß aus — das zeigt die Bestürzung, als nun die Zeit der Rache kam und der Sieg mehr als je gesichert schien durch die unermeßlichen Heere Rußlands und die Flotte und das Geld Englands. Es war bei der Masse des französischen Volkes in der Tat eingetreten, was nach *Löwenthal* „unter normalen Verhältnissen und ohne stetige neue Anfachung im Laufe der Zeit" (S. 23) hätte eintreten müssen, und es war eingetreten trotz stetiger neuer Anfachung: die Revancheidee lebte zwar noch fort, aber ihre Überwertigkeit war nicht mehr pathologisch, nicht stärker als bei andern überwertigen Ideen, etwa denen der nationalen Wohlfahrt oder der Segnungen des Friedens; man ließ sich durch sie wie durch andere Schlagwörter gelegentlich entflammen, aber der Wille, sich selbst für sie einzusetzen, fehlte. Damit stimmt überein, wenn *Löwenfeld* den pathologischen Charakter der Revancheidee nur, „soweit diese für das politische Verhalten Frankreichs bestimmend war", genügend gekennzeichnet sieht (S. 24). Denn das politische Verhalten Frankreichs wurde ja nicht von der Masse des Volkes auf dem Lande und in den kleinen Städten, sondern durch die führenden Kreise der Hauptstadt bestimmt, und so bleibt nach *Löwenfelds* Schilderung die Masse des französischen Volkes nur belastet durch Eitelkeit, erhöhte Emotivität und Suggestibilität, welche „die Entwicklung psychopathischer Zustände erleichtern, d. h. eine psychopathische Disposition begründen." Diese psychopathische Disposition der Masse des französischen Volkes wird aber auch nach einem völligen Siege der deutschen Sache nicht verschwinden, und die günstige Wirkung eines solchen Sieges könnte also nur darin bestehen, die pathologisch überwertige Idee der führenden Kreise, die in ihnen eine Verblendung über die wirkliche Lage und durch den Ausbruch des Krieges hervorrief, zu beseitigen oder doch ihres pathologischen Charakters zu entkleiden und



so eine Berichtigung der aus ihr hervorgehenden Vorstellungen zu ermöglichen. Hiernach ließe sich sowohl die Diagnose wie die günstige Prognose der Psychopathia gallica, falls sie als krankhafter Zustand, nicht als Disposition dazu gedacht ist, nur auf die führenden Kreise, nicht aber auf die breiten Schichten des Volkes beziehen; sollte sie dagegen als Disposition zum psychopathischen Zustand gedacht sein, so würde sie zwar das ganze Volk betreffen, aber der günstigen Prognose ermangeln, die *Löwenfeld* ihr stellt, so daß dies nicht gemeint sein kann.

Eine genauere Überlegung zeigt freilich, daß dieser Einwurf voreilig und der innere Widerspruch einer Psychopathia gallica, die doch das ganze Volk umfassen sollte und bloß einen kleinen Ausschnitt desselben umfaßt, nur scheinbar ist. Auf die Frage, die *Löwenfeld* (S. 1) aufwirft: „Handelt es sich bei allen Beteiligten um Äußerungen eines normalen Geisteszustandes, bildet insbesondere die Kette von Handlungen, welche dem Ausbruch des Krieges vorhergingen und als Anlässe desselben betrachtet werden dürfen, den Ausfluß normaler Vorstellungen und Gefühle, oder spielten dabei zum Teil wenigstens krankhafte psychische Prozesse eine Rolle?“ lautet die Antwort im Sinne des Verf., wenn ich ihn recht verstehe: Die Handlungen, welche den Krieg veranlaßten, sind, soweit sie Frankreich zur Last fallen, die Folge eines psychopathischen Zustandes, der aber nur einen kleinen Teil des Volkes, die leitenden Schichten, erfaßt hatte; die führenden Männer verstanden es aber, nachträglich die im übrigen Volke vorhandene, aber bei Ausbruch des Krieges schlummernde psychopathische Disposition in Bewegung zu bringen und die bis dahin bei ihm noch in den Bereich des Normalen fallende überwertige Revancheidee ins Pathologische zu steigern, wie sie das schon öfters, z. B. während des Dreyfus-Prozesses, verstanden hatten; es handelt sich also jetzt auch bei der Masse des französischen Volkes nicht mehr bloß um eine psychopathische Disposition, sondern um einen psychopathischen Zustand, und dieser psychopathische Zustand des französischen Volkes wird voraussichtlich nach einem deutschen Siege zur Heilung kommen und nur die Disposition zu späteren Ausbrüchen hinterlassen, wie das auch nach dem Kriege 1870/71 und nach der Dreyfus-Affäre geschehen ist. Daß dieser Gedankengang nicht klar zum Ausdruck kommt, liegt daran, daß *Löwenfeld* den Gegensatz, den er zwischen der friedliebenden Masse des Volks und den von der Revancheidee verblendeten Führern festgestellt hat, in den Schlußseiten seines Aufsatzes fallen läßt und statt dessen von „seelischen Anomalien bei dem französischen Volke und insbesondere seinen führenden Elementen“ spricht, ohne auszuführen, wie die Ausgleichung jenes Gegensatzes zustande gekommen ist. Hierzu aber mag er verleitet sein durch den zwischen noch normal und schon krankhaft schillernden Charakter der überwertigen Revancheidee, der zwischen der bloßen Disposition zum psychopathischen Zustand und dem psychopathischen Zustand selbst vermittelt.



Dieser schillernde Charakter ist zwar jeder überwertigen Idee eigen, insofern sie, die doch dem mit ihr zusammenhängenden Denken die Richtung weist, selbst dem Einfluß von Gegenvorstellungen (wenn sie normal ist) schwer oder (wenn pathologisch) gar nicht unterliegt, in ganz besonderem Maße aber der Revancheidee, die als Ziel nicht das Heil des eigenen, sondern die Niederlage eines fremden Volkes aufstellt, also von vornherein und weit mehr noch als ihre Mutter, die Gloireidee, den in der Politik einzig berechtigten Standpunkt verschiebt, somit bei nüchterner Prüfung ihrer Grundlage überhaupt nicht entstehen kann. Es muß demnach das politische Urteil vom Gefühl schon stark überwuchert sein, wenn die Revancheidee die Herrschaft gewinnen und erhalten soll. Sie nähert sich daher schon durch ihren Ursprung dem Pathologischen und macht, um nicht ganz hineinzugeraten, ein sachliches Urteil über die Möglichkeit ihrer Durchführung doppelt notwendig. Dies dürfte auch dazu beigetragen haben, daß sowohl *Löwenfeld* wie *Benda*, um das Pathologische in der Revancheidee nachzuweisen, den Mangel an nüchterner Überlegung, an verstandesmäßiger Abwägung der wirklichen Lage so ausführlich darzutun versuchen. M. E. schätzen sie dabei die Fähigkeit der Masse des Volks zu hoch ein. Man kann vielleicht bei geistig Hochstehenden, zumal bei den Führern, die Möglichkeit voraussetzen, nicht nur sich ein annähernd richtiges Urteil über die politische Lage zu bilden, sondern auch, was oft schwieriger ist, die dazu nötigen tatsächlichen Unterlagen sich zu verschaffen; die Masse des Volkes erfährt von politischen Vorgängen und Verhältnissen im allgemeinen nur das, was die Regierung und das Parlament, die Parteiredner und vor allem die Zeitungen ihm zuführen, und sie erhält diesen politischen Stoff in der Auswahl und Zubereitung, die die Führer ihm geben. Von diesen hängt aber auch im wesentlichen die Auffassung und Beurteilung politischer Ereignisse durch die Volksmasse ab, und nur darin, daß die Führer voneinander abweichen, von verschiedenen Gesichtspunkten aus berichten und zusammenstellen, ist der Masse, soweit sie ein Bedürfnis dazu fühlt, die Möglichkeit eigener Gestaltung und Ordnung des Stoffes in begrenztem Umfang gegeben. Auch die politischen Gefühle und Stimmungen, Gemütsbewegungen und Strebungen werden von den Führern angeregt, aber hier setzt zugleich der Einfluß der Masse ein: je nachdem diese Anregungen von ihr aufgenommen und verstärkt werden oder in ihr keinen oder geringen Widerhall finden, werden sie politisch wirksam oder unwirksam, denn die Masse wirkt nun hierin zurück auf die Führer. Der Einfluß der Führer wird jedoch besonders ausschlaggebend sein bei einem Volke mit jener psychopathischen Disposition, die zur weitgehenden Abhängigkeit von politischen Schlagwörtern führt und schon hierdurch eine nur auf Tatsachen beruhende Beurteilung der in Betracht kommenden Verhältnisse für gewöhnlich ausschließt. Andrerseits werden diejenigen Führer die größte Aussicht haben, ihre Beurteilung der Lage und die ihr



entsprechenden Gefühle in die Masse des Volkes hineinzutragen, die es am meisten verstehen, ihre Auffassung der Menge mundgerecht zu machen und die Leidenschaften aufzuregen, das aber ist leichter, wenn dabei schon ausgeschliffene Bahnen betreten und Grundgedanken benutzt werden, deren fortreißende Macht bereits erprobt ist, so daß es mehr auf geschickten Aufbau und glänzende Einkleidung ankommt als auf die Übereinstimmung mit der Wirklichkeit. Denn Denkgewohnheiten sind in den Massen besonders mächtig, und nicht ohne Grund spricht *Lombroso* von der Neophobie der Menge und sagt *Pelman*, daß die Masse im Grunde konservativ und jedem Fortschritt abgeneigt ist, daß Demokratie und Fortschritt zusammen kaum denkbar sind und die Majorität hier dem Beharrungsgesetze folgt, das die gesamte Natur durchzieht[1]; für die Masse des französischen Volkes hebt zudem *Löwenfeld* den ihr innewohnenden konservativen Zug besonders hervor. Neue wirksame Ideen einer solchen Masse einzupflanzen oder festgewurzelte Ideen ihr zu entreißen, wird kaum je auf Grund nüchterner Erwägung gelingen, viel eher, zumal wenn eindruckvolle Ereignisse mitwirken, durch Umbiegung der Leidenschaften in eine neue Richtung. So haben besonnene französische Politiker versucht, die von ihnen als verderblich erkannte Revancheidee dadurch unschädlich zu machen, daß sie den ihr zugrunde liegenden Drang nach Ruhm und Macht auf koloniale Erwerbungen ablenkten und so in nützlicherer Weise betätigten, aber ihre Gegner hatten es leicht, sie zu stürzen, weil die ältere Gewohnheit des Denkens und Fühlens sie unterstützte und die Macht des prunkenden Schlagworts Revanche festeren Boden gab als die neuen Vorstellungen, die sich doch noch mehr an den Verstand als an das Gefühl wandten. Auf diese Weise entstand ein verderblicher Kreislauf zwischen Führern und Volksmasse, der das Ausbiegen der politischen Bestrebungen in andere Richtungen verhinderte und die Revancheidee immer aufs neue anregte und wirksam erhielt, und es rächte sich der erste falsche Schritt, der die Politik aus ihrem natürlichen Mittelpunkt entfernt hatte: das Wohl des Vaterlandes war ein zu selbstverständliches und vergleichweise nüchternes Ziel und konnte, nachdem es einmal seine überragende Stellung verloren, nicht wieder aufkommen gegen die grelleren Wirkungen der Schlagworte Gloire und Revanche. Zudem ist die Revancheidee gegen Vernunftgründe, die den Glauben an die Möglichkeit ihrer Durchführung erschüttern könnten, dadurch gefeit, daß diese Gründe sich auf die gegenwärtige Lage und deren wahrscheinliche Änderungen beschränken müssen. Wird ihr dieser Boden zu heiß, so flüchtet sie sich in die fernere Zukunft und wird dadurch zwar anscheinend weniger bedrohlich, aber nicht unwirksam und nie ganz ungefährlich, denn es gilt, auch dann gerüstet zu sein, wenn die entscheidende Stunde schlägt, und eine nie rastende Vorarbeit ist eine Bedingung des Erfolgs. Diese Vorbereitung mit der Sorge für das Wohl des Staates zu vereinen, ist die schwere Aufgabe des Revanchepolitikers, und er wird nur zu leicht strau-

[1]) *C. Pelman*, Psychische Grenzzustände; Bonn, 1909, S. 55.



cheln, indem die Hoffnung auf die Zukunft den Blick für die Gegenwart blendet. Schon aus all diesem erklärt sich die Zähigkeit der Revancheidee und erhellt zugleich, wie schwierig es für den von ihr Befangenen ist, in der Beurteilung ihrer Aussichten und der Mittel, die ihrer Verwirklichung dienen sollen, der Stimme des ruhig abwägenden Verstandes zu folgen.

Dazu kommt, daß die Politik Frankreichs, soweit sie von der Revancheidee beeinflußt wurde, doch auch noch einem andern Beweggrund entsprang, dessen Würdigung dazu führen dürfte, die Revancheidee minder pathologisch erscheinen zu lassen.

Den pathologischen Charakter der Revancheidee folgert *Löwenfeld* u. a. aus der Tatsache des unnatürlichen Bündnisses mit Rußland. Er sagt (S. 33): „Die Gestaltung, welche dieses Bündnis allmählich annahm, läßt keinen Zweifel darüber, daß die Revancheidee die große Nation in intellektueller und moralischer Hinsicht derartig beeinflußte, daß sie zu einer sachlichen Beurteilung der Position, in welche sie sich Rußland gegenüber begab, ganz und gar unfähig wurde ... Die Fügsamkeit und Unterordnung unter die Wünsche und Pläne der moskowitischen Machthaber ging allmählich so weit, daß Frankreich auf jede Selbständigkeit in der äußeren Politik verzichtete und sich in die Rolle eines Vasallen seines Verbündeten ohne Bedauern und Widerstreben fand. Die Speichelleckereien, mit welchen die Präsidenten dem russischen Despoten bei Zusammenkünften mit demselben und andern Gelegenheiten aufwarteten, waren um so mehr geeignet, den Ekel aller nüchtern Denkenden außerhalb der beiden verbündeten Länder wachzurufen, als den Franzosen die panslawistischen Absichten der Moskowiter und die dadurch für die Kultur Europas bedingte Gefahr keineswegs entgehen konnte. So kam es, daß die große, auf ihre nationale Ehre so ungemein bedachte Nation, welche die Demütigung von 1870/71 nicht vergessen wollte, die Schmach nicht scheute und nicht empfand, die sie sich selbst durch ihr Vasallenverhältnis zu Rußland und die Kriecherei vor dessen Machthabern zufügte, auch die Gefahren ganz unberücksichtigt ließ, welche der Völkerfreiheit in Europa und damit auch ihren eigenen Institutionen seitens einer russischen Vormacht drohten.“ Von einem ähnlichen Gesichtspunkte führt *Benda* aus, daß im Dienste der Revancheidee Maßnahmen getroffen wurden, „die ein normales Denken als unzweckmäßig hätte verurteilen müssen. Frankreich mußte z. B. daran denken, da seine Bevölkerungszahl ohnehin schon von Jahr zu Jahr zurückgeht, daß bei den ungeheuren Verlusten in einem modernen Krieg und gerade derjenigen, die auf die Bevölkerungsziffer den Haupteinfluß besitzen, ein nie wieder gut zu machender Fehlbetrag herbeigeführt werden würde, selbst bei einem siegreichen Ausgang. Frankreich mußte wissen, daß England sein alter Erbfeind ist, der nur auf die Gelegenheit gewartet hat, sich wieder auf dem Festland einzunisten; aber es ließ sich trotzdem von ihm umgarnen und zum Kriege treiben, den es mit Rußland allein voraussichtlich nicht unternommen haben würde.



Wäre es aber unter diesen Umständen geglückt, Deutschland zu besiegen, worin hätte für Frankreich die seit so langer Zeit heiß ersehnte Gloire bestanden, welcher Bruchteil wäre wohl im günstigsten Falle auf seine Rechnung gekommen? Frankreich mußte wissen, daß es sein schwindendes Prestige nur durch sich allein wieder erlangen konnte.“ Wir können bei dieser Zusammenstellung davon absehen, daß *Löwenfeld* hier vornehmlich die führenden Kreise im Auge hat, da nach ihm ja die Masse des Volkes das russische Bündnis sich wohl gefallen ließ, aber „aufrichtige Sympathien zu dem russischen Verbündeten nicht empfinden konnte und wenig geneigt war, für denselben die Kastanien aus dem Feuer zu holen“, während *Benda* bei seiner Erörterung, zu welchen Ergebnissen Frankreich bei normalem Denken hätte gelangen müssen, offenbar mehr die Volksmasse meint, da er die Führer als verantwortliche Verbrecher und nur das Volk als krankhaft gestört und durch die überwertige Idee im Denken beeinträchtigt betrachtet. Diesen Unterschied können wir deshalb vernachlässigen, weil es hier nur darauf ankommt, zu prüfen, ob Frankreichs Politik die Annahme einer pathologischen Steigerung der Revancheidee nahelegt.

Sowohl *Löwenfeld* wie *Benda* urteilen von der Voraussetzung aus, daß Frankreichs Rüstungen und Bündnisse allein von der Revancheidee eingegeben seien, während die geheime Furcht vor Deutschland und vor einem deutschen Angriff, die einen nicht minder wirksamen Beweggrund zu jenen Maßnahmen abgab, von beiden übersehen wird. Gewiß war Deutschland weit entfernt von kriegerischem Ehrgeiz und hat gerade Frankreich gegenüber seine Friedensliebe in einem Maße betätigt, das mehrmals bis an die Grenze des eben noch Zulässigen ausgedehnt wurde. Aber gibt das ruhige und stets gleichmäßig friedliche Verhalten eines mächtigeren Nachbars die Gewähr, daß er nicht doch bei einer nicht vorauszusehenden Gelegenheit seine Übermacht mißbrauchen wird? Andere Herrscher, andere Regierungen können anders gesinnt sein, und wer will es einem Volke, das von seiner eigenen Bedeutung durchdrungen ist, verdenken, wenn es sich gegen solche Möglichkeiten schützt? Gilt doch Mißtrauen nicht nur als eine demokratische, sondern auch als eine politische Tugend, und es wäre vom französischen Standpunkt aus in der Tat unverantwortlich gewesen, im Vertrauen auf die bisher bewiesene Friedensliebe Deutschlands die eigene Rüstung zu vernachlässigen. Will man aber einem Stärkeren gewachsen sein, so muß man bessere Waffen haben und deshalb größere Vorbereitungen treffen als dieser. Und da andrerseits Deutschland sich nicht überflügeln lassen durfte und zugleich auch noch zum Kampf im Osten gewappnet sein mußte, so ergab sich das vielbeklagte Wettrüsten, das durch eine Verständigung zwischen beiden Reichen vielleicht gemäßigt, aber nicht vermieden worden wäre. Denn Deutschland hätte schon mit Rücksicht auf Rußland und England Heer und Flotte weiter verstärken müssen und durfte, selbst im günstigsten Fall eines



Schutzbündnisses mit Frankreich, bei dessen bekanntem Volkscharakter die Möglichkeit eines plötzlichen Umschwungs nicht außer Berechnung lassen, da heutzutage eine wirksame Heeresverstärkung sich nicht in kurzer Zeit durchführen läßt. Aber einer Verständigung wird eher der Sieger als der Besiegte geneigt sein, und ein Volk, das mehr vom Gefühl und von Denkgewohnheit als von nüchterner Erwägung bestimmt wird, konnte weder in der Erinnerung an die Vergangenheit noch im Hinblick auf die Gegenwart sich vorurteillos dem Nachbar nähern, der ihm nicht nur Sieg und Land, sondern auch die führende Stellung unter den Staaten des europäischen Festlandes entrissen hatte. Auch im gewöhnlichen Leben wird ein Emporkömmling meist nicht mit günstigen Augen angesehen, selbst wenn er mit ehrenhaften Mitteln seine neue Stellung erworben hat und sie maßvoll ausnutzt. Denn was von seiner Seite und auf Grund der neuen Lage maßvoll erscheint, überschreitet, von der andern Seite gesehen und hier unwillkürlich vom Standpunkt der früheren Verhältnisse aus beurteilt, leicht die Grenze dessen, was allenfalls noch als berechtigt anerkannt wird. Das Mißtrauen gegen Deutschland fand zudem kräftigen Schutz in der Unwissenheit über deutsche Verhältnisse, die in Frankreich größer war als in andern europäischen Ländern, selbst England nicht ausgenommen, und einer Berichtigung nationaler Vorurteile und schiefer Auffassung hindernd im Wege stand. Ein übermächtiger Gegner aber, dessen Entwicklung und dessen Triebkräfte man nicht kennt, wirkt unheimlich, und man versieht sich nichts Gutes von ihm. Deutschlands kriegerische, wissenschaftliche und technische Tüchtigkeit ward allmählich mehr anerkannt, sein Wille zum Frieden unterschätzt, so konnte die Sorge, daß ein kleiner Anlaß aufs neue einen Zusammenstoß beider Völker herbeiführen werde, und damit zugleich die, wenn auch bei der Eitelkeit des französischen Volkes nicht laut eingestandene Furcht vor einem unglücklichen Ausgang nicht fehlen.

Wenn so schon die Sorge um die Sicherheit Frankreichs, auch abgesehen von der Revancheidee, die stete Kriegsbereitschaft heischte und das Wettrüsten veranlassen konnte, so mußte ein Zusammenfließen beider Beweggründe erfolgen und die Revancheidee vom französischen Standpunkt aus berechtigt erscheinen von dem Augenblick an, wo infolge des drohenden Bevölkerungsrückgangs und der Erkenntnis, daß eine weitere Kraftanspannung auf die Dauer nicht durchzuführen sei, die Aussicht eines französischen Sieges aus eigener Kraft sich um so mehr verminderte, je länger der gefürchtete Krieg auf sich warten ließ. Denn nun verlangte das Wohl Frankreichs, das nicht vom unsicheren Willen Deutschlands abhängig gemacht werden durfte, die Zertrümmerung der deutschen Übermacht in absehbarer Zeit. Und derselbe Sieg, welcher die deutsche Gefahr beseitigte, brachte zugleich die verlorenen Provinzen und wohl auch das übrige linke Rheinufer an Frankreich und diesem hiermit einen Bevölkerungszuwachs, der besser als alle Kolonien geeignet war, den drohenden



Geburtenrückgang auszugleichen. Die Revanche beschwor also nicht nur die äußere, sondern auch die innere Gefahr. Aber die letzte, äußerste Kraftanstrengung, die dazu nötig war, durfte unter keinen Umständen mißlingen. Hiergegen bot das Bündnis mit Rußland, das ursprünglich zum Schutze gegen einen Angriff Deutschlands abgeschlossen war, bei dem Rückhalt, den Deutschland an Österreich hatte, keine ausreichende Sicherheit, wenn Rußlands unermeßliche Hilfsquellen nicht weit stärker entwickelt wurden, als bisher der Fall. Eine Milliarde nach der andern ward diesem Zwecke geopfert, aber der Erfolg entsprach nicht ganz den Erwartungen. Erst die Annäherung an England konnte die Niederwerfung Deutschlands gewährleisten. Mochte der Bund mit Rußland und die Freundschaft mit England unnatürlich erscheinen und auf die Dauer dem Vorteil Frankreichs zuwiderlaufen, für den Augenblick gaben sie die Überlegenheit, die zur Niederringung Deutschlands nötig war, und dienten somit dem Wohle Frankreichs, d. h. seiner Sicherung durch die Revanche. War mit vereinten Kräften die deutsche Gefahr beseitigt, Deutschlands Übermacht gebrochen, dann konnte es als Pufferstaat gegen Rußland dienen und ein gern gesehener, weil nicht mehr gefährlicher Bundesgenosse werden, also etwa die Rolle spielen, die manche von uns Frankreich in einem späteren Kampfe gegen England zugedacht haben. Mochten die Regierenden immerhin dem Zaren schmeicheln, wenn er nur dadurch bewogen wurde, im geeigneten Augenblick Deutschland anzugreifen und mit seiner gewaltigen Heeresmacht den Sieg zu sichern, und mochten immer neue Milliarden dazu gehören, jener gewaltigen Heeresmacht die nötige Ausrüstung zu verschaffen, wenn sie nur reichlich flossen und schließlich doch ihren Zweck erfüllten. Beide Opfer waren ja nur vorübergehend zu bringen, und das Rußland geborgte Geld ergab neben reichlichen Zinsen auch eine immer stärkere finanzielle Abhängigkeit Rußlands von Frankreich, das es somit in der Hand hatte, nach der Vernichtung Deutschlands den Goldstrom zu sperren und damit die Wehrkraft Rußlands minder furchtbar zu machen. Dazu England mit seinem Reichtum und seiner Seemacht, seinen wirtschaftlichen Hilfsquellen und seiner Handelsflotte — wie sollte da Deutschland widerstehen können, dem in solchem Ernstfall nur Österreich, schwerlich das von der See aus gefügig zu machende Italien, wirksam zur Seite stehen würde? Daß England sich auf dem Festland einnisten könne, war bei einem siegreichen Ausgang des Krieges nicht zu erwarten. Seine Überlegenheit beschränkte sich auf das Meer; auf dem Lande konnte es unterstützen, aber nicht den Ausschlag geben und bedrohlich werden. Die Frage aber, welcher Bruchteil der Gloire beim siegreichen Ausgang des Krieges auf Frankreichs Rechnung komme, verliert ihre Bedeutung, wenn man die Revancheidee, so sehr sie ursprünglich aus dem Verlangen nach Ruhm und Schädigung des Gegners hervorgegangen ist, als neuerdings notwendige Folge des Strebens nach dauernder Sicherung Frankreichs gegen Deutschlands Übermacht erkannt hat, natürlich vom französischen Standpunkt aus gesehen.



So konnte jetzt die Revancheidee ihre politische Berechtigung aus der Sorge um die Sicherheit Frankreichs herleiten: logische Erwägungen erwiesen sie als notwendig für den künftigen Schutz des Landes, und eine nüchterne Beurteilung der Machtmittel, die sich aus der Steigerung der Wehrkraft im Mutterlande und den nun auch für die Revancheidee nutzbar gemachten Kolonien, aus dem Bündnis mit Rußland und der Einkreisungspolitik Englands ergaben, schien ihre Durchführbarkeit zu verbürgen. Indem sie aber festen Grund fand, streifte sie den pathologischen Charakter ab, den man ihr nur zusprechen kann, wenn sie im Widerspruch mit zwingenden Verstandesgründen festgehalten wird. Damit soll nicht gesagt sein, daß jene Wendung überall klar erkannt wurde. Wäre das der Fall gewesen, so wäre die Bestürzung der Volksmasse bei Ausbruch des Krieges unbegreiflich. Der furchtbare Ernst der Revancheidee mußte von den Führern verhüllt werden, bis der Augenblick der Durchführung gekommen war; nur so konnte die unzuverlässige Menge gehindert werden, entweder zu früh den Funken ins Pulverfaß zu werfen oder durch unheilvolle Spaltung in Anhänger und Gegner das ganze Unternehmen zu gefährden. Mochte die Masse mit dem Gedanken spielen und im Grunde Rüstungen und Bündnisse und die hierzu erforderlichen gewaltigen Ausgaben als Bürgschaften und Versicherungskosten eines dauernden Friedens betrachten, so war das nur vorteilhaft: die Revancheidee blieb lebendig, stieß im Lande auf keine Hindernisse, und der Feind, an den Anblick ihrer hin und wieder auflodernden und wirkunglos verpuffenden Glut gewöhnt, konnte sich über den Ernst der Lage täuschen; war der Krieg da, so würde die Not des Augenblicks auch die zuerst widerstrebenden Elemente zum Schutz des Landes heranzwingen und die Revancheidee ihre lockende Kraft entfalten, indem sie, wie ein farbenprächtiger Mantel um das tragende, aber für die Masse des französischen Volkes zu nüchterne Gerippe der Kriegsgründe geworfen, die Sinne entflammte und die Herzen über alle Bedenken hinwegriß.

War aber einmal die verhängnisvolle Bahn betreten, die entweder zum Untergange des Deutschen Reichs oder — zum Verderben Frankreichs führte, so gab es kein Zurück, wollte man nicht die gefürchtete Überlegenheit Deutschlands von neuem, und zwar in weit höherem Grade und für alle Zeit, herbeiführen und so Frankreich dauernd gefährden. Die überaus günstigen Aussichten, die der Dreiverband bot, konnten nicht auf lange festgehalten werden, und einen zweiten Anlauf verbot die fortschreitende Geburtenabnahme. Deshalb mußten, solange es ging, immer neue Milliarden den ersten nachgesandt werden, wenn diese nicht genügten, und die Furcht, daß Rußland doch noch im letzten Augenblick dem goldenen Netz entschlüpfen und sich dem Kampf mit Deutschland versagen könne, mag viel zu der „Fügsamkeit und Unterwürfigkeit unter die Wünsche und Pläne der moskowitischen Machthaber“ beigetragen haben. Aber diese „Entwürdigung und Erniedrigung“ diente nicht lediglich der Revanche-



idee, sondern schien zugleich durch die Not des Landes geboten. Ich kann daher *Löwenfeld* darin nicht beistimmen, daß die Revancheidee, soweit sie für das politische Verhalten Frankreichs bestimmend war, die Intelligenz in solchem Grade geschädigt habe, daß hierdurch ihr pathologischer Charakter genügend gekennzeichnet sei.

Und die Masse des französischen Volkes? Gewiß hat bei ihr nach Ausbruch des Krieges die Revancheidee ihre fortreißende Macht bewährt, aber pathologischen Charakter kann man ihr hier noch weniger als bei den Führern zuerkennen. Die Vorteile und Nachteile eines Krieges mit Deutschland abzuwägen, dazu war es zu spät. Das Gewicht der Gründe, die die Regierung für ihre Revanchevorbereitung gehabt hatte, mußte jetzt, wo der Krieg entfesselt war, für die Durchführung der Revanche entscheidend sein und dies dem Volke bei verständiger Überlegung einleuchten. Und dazu kam ein weiterer Umstand. Deutsche Heere zogen durch Luxemburg und Belgien und bedrohten die ungeschützte Nordgrenze Frankreichs. Mag die Berechtigung dazu auch später einmal von französischen Geschichtschreibern zugegeben werden, zunächst mußte die für Frankreich so gefährliche Verletzung neutralen Gebietes dem französischen Volke als völkerrechtwidrige Gewalttat erscheinen, die zeigte, was man von diesem Gegner erwarten konnte, und nicht mehr nur für Frankreichs, sondern für Europas künftige Sicherheit die Zertrümmerung Deutschlands notwendig machte. So fand die Revancheidee auch hierin eine neue Rechtfertigung. Und ihre Durchführbarkeit konnte jetzt trotz dem Vorteil, der den deutschen Heeren aus dieser Gewalttat zunächst erwuchs, selbst nüchternem Urteil kaum als fraglich gelten, da Deutschland, von allen Seiten bedroht und von aller Zufuhr abgeschnitten, den Verzweiflungskampf um sein Dasein wohl eine Zeitlang siegreich führen konnte, allmählich aber der Übermacht, der wirtschaftlichen Erschöpfung und dem Hunger erliegen mußte. Es geht deshalb nicht an, das Aufflammen der Revancheidee im französischen Volke deshalb als pathologisch zu werten, weil ihr Ziel sich bei näherer Überlegung als unerreichbar oder unvereinbar mit dem Wohle Frankreichs hätte erweisen müssen.

Diese Erkenntnis wird vielleicht nach einem endgültigen Siege Deutschlands von vielen einzelnen gewonnen werden. Ob freilich die Masse des französischen Volkes dadurch auf die von *Löwenfeld* erhoffte heilsame Art beeinflußt werden wird, dürfte vom Verhalten der Führer abhängen. Für eine Niederlage Frankreichs finden sich in diesem Kriege viel näher liegende und einleuchtendere Gründe als die Vorstellung des Verrats 1870/71, da jetzt die Schuldigen nicht nur im eigenen Volke, sondern auch bei den Verbündeten, und zwar hier mit einer gewissen Berechtigung, gesucht werden können. Wohl aber könnte dies dazu führen, daß die Revancheidee ihre Spitze künftig statt gegen Deutschland gegen England kehrt, das im Fall der Niederlage zum Verräter an der gemeinsamen Sache und an Frankreichs Größe zu stempeln keine Schwierigkeit bieten dürfte.



Die Revancheidee selbst ist aber zu tief mit dem französischen Volke verflochten und hat ihre Zugkraft zu oft bewährt, als daß machtlüsterne Führer künftig auf ihre Unterstützung verzichten werden, zumal ja die schlimmste gegenwärtige Lage, die jede Möglichkeit eines Rachekrieges auf absehbare Zeit ausschließt, die leidenschaftliche Hoffnung auf eine günstigere Zukunft nicht beseitigen und sogar steigern kann. Glaube ich also auch nicht an die Einsicht der Volksmasse in die Schädlichkeit der Revancheidee, so könnte eine Ablenkung auf England doch immerhin für längere Zeit eine Verständigung mit Deutschland ermöglichen. Das würde aber keine Heilung im Sinne *Löwenfelds* bedeuten.

Eher könnten als krankhaft jene Ausschreitungen angesehen werden, die von *Löwenfeld* und *Benda* angeführt werden, und deren sich nicht nur die Volksmassen, sondern auch die Gebildeten schuldig machten. Freilich fallen sie nicht der Revancheidee in dem bisher festgehaltenen Sinne zur Last, da sie nicht auf die Zertrümmerung Deutschlands abzielen. Aber daß die entfesselte Leidenschaft die Schranken des Völkerrechts und der Menschlichkeit überflutete und so seltsame Blasen aufwarf, wie sie in den Reden sonst nüchterner und selbst wissenschaftlich bedeutender Männer zum Vorschein gekommen sind, hängt zweifellos mit der „Eitelkeit, Emotivität und Suggestibilität" des französischen Volks zusammen und mag zunächst als Steigerung dieser Eigenschaften ins Pathologische erscheinen. Aber was ich oben (S. 259) ausführte, gilt auch hier, und zwar in weit höherem Grade als in gewöhnlicher Zeit. Ist da schon das Volk auf den Stoff angewiesen, den die Führer ihm bieten, wieviel mehr im Kriege, wo nur die Nachrichten sich verbreiten, die die Zensur erlaubt, und eine Widerlegung dessen, was die Zeitungen als Tatsachen bringen, meist unmöglich ist. Und wie genau mit allen Einzelheiten wurden die deutschen Greuel geschildert, Augenzeugen berichteten davon, und was auf den ersten Blick unmöglich erschien, ward durch andere Erzählungen gestützt, die die entsetzliche Roheit und Grausamkeit der deutschen Truppen bestätigten. Französische Unwissenheit über deutschen Geist und deutsche Art, gefördert durch einen, falschem Patriotismus dienstbar gemachten Schulunterricht, der in Geschichte und Volkskunde den deutschen Volkscharakter als minderwertig hinstellte, half kräftig mit, denn infolge davon konnte auch gebildeten Kreisen als möglich erscheinen, was sonst doch wohl als unzulässige Verallgemeinerung einzelner Vorkommnisse beurteilt worden wäre. Dazu kam die „Suggestibilität" des französischen Volkes, die das, was den meisten zunächst nur als möglich erscheint, in gegenseitiger Steigerung rasch zur Wirklichkeit wandelt, wenn ein lebhaftes Gefühl mitspricht. Das aber war hier im vollsten Maße der Fall, und bald erschienen die Deutschen als die wilden Hunnen, die unmenschlich in gesegneten Gauen zivilisierter Länder hausten, ja schlimmer als diese, da sie, mit allen Mitteln der Wissenschaft ausgerüstet, einen sittlichen Tiefstand bekundeten, der seinesgleichen in der Geschichte



nicht fand. Wenn da hochstehende Männer der Wissenschaft, von der allgemeinen Empörung mit fortgerissen, sich niedrige Beschimpfungen erlaubten, wenn die Grausamkeit, die *Löwenfeld* als charakteristische Eigenschaft der französischen Volksseele hervorhebt, sich gegen Wehrlose wandte und an einzelnen Orten wahrhafte Orgien feierte, so war das doch vom Standpunkt derer, die sich an diesen Ausschreitungen beteiligten, begründet in der Unmenschlichkeit der Deutschen, die die Empörung herausforderte und Grausamkeit als ebenmäßige Rache erscheinen ließ. Daß diese wahllos an denjenigen Deutschen genommen wurde, die gerade zur Hand waren und sich nicht schützen konnten, auch wenn diese an den vermeintlichen Greueln sich gar nicht beteiligt haben konnten, ist doppelt verwerflich und gemein, aber etwas Pathologisches kann ich auch hierin nicht finden. Nicht ein überspanntes Gefühl machte die Unterscheidung von Wahrheit und Trug unmöglich. Mochte die gemütliche Erregung auch den Irrtum begünstigen, erwachsen ist er aus Unwissenheit und Leichtgläubigkeit, und er konnte sich ungestört entwickeln, weil eine Aufklärung und Berichtigung äußerst erschwert war. Gerade dieser Irrtum konnte dann aber das leidenschaftliche Volk, das trotz aller Anstrengungen und Opfer blühende Provinzen in der Hand des verhaßten Gegners lassen mußte, zu voreiligen Schmähungen, in seinen rohen Elementen zu jenen Mißhandlungen Wehrloser, in seinen rohesten zu Verbrechen verführen, die ewig eine Schande Frankreichs bilden werden.

Die Annahme eines krankhaften Geisteszustandes des französischen Volkes glaube ich durch diese Betrachtungen auch im Sinne *Löwenfelds* und *Bendas* als unbegründet nachgewiesen zu haben. Wenn *Löwenfeld*, der die besonderen Eigenschaften des französischen Volkes m. E. zutreffend geschildert hat, der Revancheidee eine pathologische Überwertigkeit zuspricht, so liegt das, wie mir scheint, daran, daß er vom deutschen, nicht vom französischen Standpunkt aus urteilt und deshalb die Furcht vor Deutschland unterschätzt, die freilich bei der Eitelkeit der „großen Nation" selten unverhüllt zutage trat, aber unverkennbar den bestimmenden Unterton mißgünstiger Verdächtigungen und prahlender Überhebungen abgab. Zu diesen Prahlereien, die das Gefühl der Sicherheit wohl nicht nur vortäuschten, sondern in einem Volke, das sich leicht von hochtönenden Worten hinreißen läßt, auch — wenigstens vorübergehend — herbeiführen und so das Unbehagen, das ihnen zugrunde lag, zugleich beschwichtigen konnten, gehörte auch das laute Anklingen der Revancheidee, die ja den Trost enthielt, daß Frankreich vom Druck, der seine Zukunft bedrohte, zuletzt doch einmal frei werden würde. Den naheliegenden Einwurf, daß diese Auffassung die pathologische Überwertigkeit, von der sie die Idee der Revanche entlastet, auf die mit ihr zusammenhängende der Bedrohung Frankreichs durch Deutschland abwälze, halte ich nicht für gerechtfertigt. Die Vorstellung, daß Deutschland ohne ausreichenden Grund Frankreich angreifen könne, mag man eine überwertige Idee nennen, insofern sie, in

der wirklichen Sachlage nicht begründet, das Gefühl mehr wie billig aufregte. Aber pathologische Macht besaß sie nicht, da sie das politische Handeln nicht einseitig bestimmte. Im besonderen lagen für das Bündnis mit Rußland denn doch noch andere, stichhaltigere Gründe vor. Tatsächlich hätte es Frankreich wohl in der Hand gehabt, sich statt dessen, ähnlich wie Österreich, an Deutschland anzuschließen und damit aller Voraussicht nach sich und Europa einen dauernden Frieden zu sichern. Aber gerade der Vergleich mit Österreich zeigt die Schwierigkeiten, die dieser Lösung entgegenstanden. Für Deutschland und Österreich bestand das gemeinsame Bedürfnis einer Sicherung gegen Rußland; Frankreich konnte unmittelbar nur von Deutschland bedroht werden, da England nur für die Kolonien, nicht aber für das Mutterland gefährlich war. Der Bund mit Deutschland schützte Frankreich somit nur vor Deutschland, leistete also nicht mehr als das russische Bündnis, und dieses hätte ohne Englands Hinzutritt den europäischen Frieden kaum gestört. Aber neben der augenblicklichen Lage sprechen auch bei den Entscheidungen der Völker gefühlsbetonte Erinnerungen mit. Sobald Österreich aus dem Verbande des Deutschen Reiches ausgeschieden war und die führende Stellung in diesem an Preußen abgetreten hatte, fielen die Gründe fort, die bis dahin seinem dauernden Zusammenschluß mit Preußen im Wege gestanden hatten, und nun fand das Bündnis mit Deutschland eine kräftige Stütze in dem nicht mehr durch Eifersucht beeinträchtigten Bewußtsein, gleichfalls Träger und Verbreiter deutscher Kultur zu sein. Die Wunde aber, die Österreichs Stolz bei Königgrätz erlitten, konnte rasch zur Heilung kommen, weil der Sieger in kluger Voraussicht auf jeden Landgewinn verzichtet und sich mit einer unbedeutenden Geldentschädigung begnügt hatte. Ganz anders schmerzten in Frankreich die Kriegsteuer der fünf Milliarden und der Verzicht auf Elsaß-Lothringen und die Rheingrenze, die den Verlust der Vorherrschaft in Europa begleitet hatten. Daß in dieser Lage und aus solchen Erinnerungen heraus Frankreich dem Beispiele Österreichs nicht folgte und die Anlehnung an Rußland vorzog, mag die Folgezeit als unklug erwiesen haben, aber verständlich ist es auch ohne die überwertige Idee, daß Deutschland auf den Untergang Frankreichs sinne.

Mir scheinen somit die großen Richtlinien der französischen Politik, wenn man sie, wie billig, vom französischen Standpunkt aus betrachtet, den gegebenen Verhältnissen genügend angepaßt zu sein, um die Annahme einer übermäßigen Beeinflussung durch überwertige Ideen, noch dazu von pathologischem Charakter, entbehrlich zu machen. Der Teil der Verantwortung für den Weltkrieg, der der französischen Regierung zufällt, muß von ihr ohne die Deckung durch einen krankhaften Geisteszustand getragen werden; soweit stimme ich *Benda* zu. Daß ich allerdings die französische Politik, die den Weltkrieg ermöglichte, nicht als verbrecherisch ansehen kann, geht aus meinen Ausführungen hervor. Von



verbrecherischer Politik könnte man eher schon im Hinblick auf England sprechen — das aber überschreitet den Rahmen dieser Betrachtung.

Wenn ich aber auch die „überwertigen Ideen" der deutschen Gefahr und der Revanche, soweit sie für die französische Politik bestimmend waren, nicht als pathologisch ansehe, so will ich damit keineswegs leugnen, daß sie in dem leicht erregbaren und beeinflußbaren Volke zeitweis eine Macht erlangt haben, die weit über das hinaus geht, was wir bei uns zu sehen gewohnt sind. Der germanische Volkscharakter ist eben ein anderer; weniger leicht von Ideen erhitzt, pflegen wir ruhiger darüber zu urteilen, so daß nur die uns erfassen, die unserem gesamten Denken und Fühlen mehr entsprechen, mit unserem ganzen Wesen mehr verwachsen können und uns daher zwar dauernder beherrschen, aber weniger zügellose Ausbrüche hervorrufen. Und da zugleich der einzelne bei uns im allgemeinen selbständiger, eigenwilliger und in seinem Denken weniger von der Masse abhängig ist, so erscheint uns die Wirkung jener Ideen auf die Masse des französischen Volks bisweilen so übertrieben und maßlos, daß wir an krankhafte Geisteszustände denken. Dazu kommt bei der Revancheidee, daß sie, wie oben (S. 259) dargelegt, einen falschen Gesichtspunkt in die Politik einführt, der höchstens vorübergehend dem natürlichen Ziele aller Politik, dem Wohle des Vaterlandes, dienen kann, aber, davon losgelöst, nur verderblicher Wirkungen fähig ist.

Aber welchen Sinn hat es überhaupt, die dem Einzelleben entnommenen Begriffe geistiger Gesundheit und Krankheit auf das Völkerleben zu übertragen? *Benda* geht nicht weiter darauf ein, sondern begnügt sich mit der Bemerkung, daß bei dem Schluß auf krankhafte Züge einer Volksseele und bei ihrer Prüfung auf Zurechnungsfähigkeit eben nur eine übertragene Bedeutung in Betracht kommen kann. *Löwenfeld* verweist zwar mehrfach auf *Friedmann*s Abhandlung „Über Wahnideen im Völkerleben"[1]), aber gerade in jener Grundfrage weicht er offenbar von der vorsichtigeren Auffassung *Friedmann*s ab. Dieser hatte den Namen Wahnideen oder Wahngebilde im Völkerleben als „heute ziemlich allgemein" verbreitete Bezeichnung für solche Vorstellungen übernommen, welche in großen und kleinen Kreisen eine starke Herrschaft geübt und teils in ihren Folgen sich grauenhaft und verderblich erwiesen haben, teils mehr lächerlich und kindisch uns anmuten" (S. 203). Er will aber seine Betrachtung nicht beschränken „auf die epidemischen Wahnbildungen, welche mit schweren Intelligenz- und Bewußtseinsstörungen einhergehen bzw. dem Krankheitbilde der sogenannten großen Hysterie zuzurechnen sind. Ein wahres psychologisches Verständnis der epidemischen Ausbreitung exorbitanter Vorstellungen im Völkerleben läßt sich nur dann erreichen, wenn wir sie gewissermaßen in eine Pathologie der Volksseele einreihen.

---

[1]) *M. Friedmann*, Über Wahnideen im Völkerleben. Heft 6 u. 7 der „Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens". Wiesbaden, Bergmann, 1901.



Ohnehin konnten die tiefergreifenden Störungen nur erwachsen auf dem Boden von allgemein in den Massen des Volkes sich ausbreitenden erregenden Geistesströmungen absonderlichen Inhalts" (S. 206). Diesen erregenden Geistesströmungen absonderlichen Inhalts ist der Hauptteil der Abhandlung gewidmet; zu ihnen, den „Wahnideen im Völkerleben auf einfach suggestiver Grundlage", gehört auch der „politische Wahn". Man spreche zwar hier meist nur von „nationalen und politischen Leidenschaften", doch auch z. B. vom gallischen Größenwahn (S. 259). *Friedmann* übernimmt also wohl die Ausdrücke: Wahnideen, Größenwahn und dergleichen für Ideen im Völkerleben, die im Gegensatz zu den berechtigten „Idealen" auf Abwege führen und den pathologischen Wahnbildungen des einzelnen darin gleichen, „daß ihnen eine frappierend ungenügende Motivierung zukommt", und daß sie „eine impulsive Tatkraft und einen Opfermut entfachen, vermöge welcher unzählige Male mit Leichtigkeit das eigene Leben preisgegeben worden ist" (S. 302), und er spricht, wenn er eine selbstgeprägte Bezeichnung anwendet, von „perversen" Ideen und Impulsen oder von Phantomen, die ebenso wie die Ideale im Völkerleben sich nur dadurch durchsetzen, daß sie Gefühl und Phantasie oder aber die Leidenschaft kraftvoll zu erregen vermögen. Aber er sieht die davon ergriffenen Völker deshalb nicht als krank an. Denn „in jedem Volk und zu jeder Zeit kann irgendein noch so sinnwidriger und in seinen Zielen häßlicher Fanatismus eingepflanzt werden, wenn es die Agitatoren nur verstehen, die richtige Seite des Volksgeistes anzuschlagen, und wenn ihnen die Regierung dabei freie Hand läßt" (S. 207). Die subjektive Überzeugung werde eben verhältnismäßig selten durch kritisches, wissenschaftliches Denken gestützt, das Abwehr jedes subjektiven Faktors beim Denken fordert, erst anerzogen und eingeübt werden muß und daher im einzelnen Falle unvollkommen ist; die meisten Urteile und Ideen werden ohne logische Reflexion gebildet und angenommen, und ihre Verbreitung erfolgt durch Suggestion; „die Vorstellung an und für sich ist eine starke psychische Kraft oder Macht, sie drängt, ohne daß irgendeine Reflexion beteiligt zu sein braucht, sowohl zu überzeugenden Assoziationen und Ideen als zu impulsiven Handlungen (S. 231). So können zahlreiche Ideen ohne positive Motivierung vom menschlichen Geiste Besitz ergreifen und ihn zu leidenschaftlicher Betätigung treiben, falls keine offenen Widersprüche vorhanden sind, und die Hemmung durch diese ist um so geringer, je kleiner die Summe positiver Errungenschaften ist, welche auf dem Gebiete der geistigen Forschungsarbeit vorliegt oder welche der einzelne Mensch besitzt. Außerdem pflegen intellektuelle Hemmungen nur so lange wirksam zu sein, als eine Bewegung wenige Anhänger hat. „Denn die weitaus stärkste Hemmung für jeden einzelnen Menschen ist die Rücksicht auf die ihn umgebende öffentliche Meinung; durch dieses in erster Linie wieder suggestive, aber doch auch sehr starke praktische Moment wird der einzelne von der Geltendmachung, ja sogar von der eigenen Verfolgung



solcher Ideen abgehalten, die für töricht und verderblich gelten würden. Und darin scheint mir (*Friedmann*) auch ein sehr wesentlicher Grund zu liegen, warum wir abnorme Ideenbildungen, die bei einzelnen sich ereignen, in intensiver und die Person durchaus beherrschender Ausbildung eigentlich nur auf geistig krankhafter Basis zu treffen pflegen, während eine noch physiologische Exaltation genügt, um ganz ähnliche Gedankenrichtungen in einer kompakteren Gruppierung von Personen zum vollen Durchbruch zu bringen" (S. 233). Wenn solche perversen Ideen in jedem Volke und zu jeder Zeit eingepflanzt werden können, und wenn eine noch physiologische Exaltation genügt, um sie entstehen zu lassen, so erhellt hieraus, daß *Friedmann* ein Volk oder eine Volksmasse, die unter der Herrschaft solcher „Wahnidee" steht, nicht als geisteskrank ansieht und diese Wahnideen nicht auf „krankhafte psychische Prozesse" zurückführt. Seine ganze Erörterung geht darauf aus, zu zeigen, daß gerade die ursprünglichsten und allgemeinsten, „menschlichsten" Eigenschaften jene Massenbewegungen ermöglichen. Er findet, daß „die Sache eine nicht zu leugnende Verwandtschaft mit der Dressur höherer Tiere hat, und das ist an sich gar nichts Herabsetzendes. Die Suggestivwirkung ist eine primitive geistige Potenz, das logische und kritische Denken dagegen das Produkt höchstentwickelter intellektueller Erziehung, in erster Linie des ganzen Menschengeschlechts, in zweiter Linie jedes einzelnen" (S. 280). „Für die Ausbreitung von ideellen Bewegungen ist ... der Grad der Suggestibilität von entscheidender Bedeutung. Das wäre noch mehr der Fall, wenn nicht ... eine starke suggestive Empfänglichkeit stets in den Massen vorhanden wäre. Innerhalb des Begriffes der Suggestibilität sind nämlich wieder zwei Momente zu unterscheiden, und zu diesen kommt als drittes und pathologisches Moment noch die vielfach zutreffende Eignung zu hypnotischer Überreizung hinzu" (S. 303). Jene ersten zwei Momente, die bei den politischen „Wahnideen" im französischen Volke allein mitsprechen, nämlich erstens „der Grad der Erregbarkeit des Vorstellens, also sowohl das Maß von plastischer Anschauungs- und Gestaltungskraft als der Grad der Gemütsbetonung und Leidenschaftlichkeit, welcher den Vorstellungen beiwohnt", und zweitens „das Maß des Widerstandes, der Hemmung, womit die Personen einer Suggestion imstande sind sich zu widersetzen", sind somit bei den verschiedenen Völkern nicht gleich, aber diese Ungleichheit führt, soweit sie Völker betrifft, nicht ins Gebiet des Pathologischen. Die Ähnlichkeit der „Wahnideen im Völkerleben" mit den Wahnideen des Geisteskranken ist eben durchaus äußerlich, während sie in ihrem Wesen und nach ihrer suggestiven Entstehung ganz anderer Art sind und der Dressur höherer Tiere näher stehen.

Ich gehe auf die sehr gehaltvolle *Friedmann*sche Abhandlung, die für viele Erscheinungen gerade der jetzigen Zeit fruchtbare Gesichtspunkte aufstellt, hier nicht weiter ein, da es mir nur darauf ankam, die Verschiedenheit der Auffassung *Friedmanns* von der *Löwenfelds* aufzudecken.

Diese Verschiedenheit hindert nicht, daß auch *Friedmann* von der Erziehung des französischen Volkes spricht „sowohl zur grenzenlosen nationalen Eitelkeit als zu jenem egoistischen Wahn, es sei seine politische Aufgabe, sich durch große Stücke des germanischen Nachbarlandes zu bereichern und dieses überhaupt zur dauernden politischen Ohnmacht und Zerrissenheit zu verurteilen", ja, daß er „für das Verhalten der Franzosen nach dem 70er Kriege kein anderes Wort als das der wahnhaften Verblendung" findet (S. 264). Ihm kommt es eben viel weniger auf den Gegensatz zwischen krank und gesund an als auf die Darlegung, wie jene Massenbewegungen entstehen und sich ausbreiten, und er glaubt sich wohl auch durch seine anfängliche Erklärung, daß er den Ausdruck „Wahnideen im Völkerleben" gebrauche, weil er hergebracht sei, vor Mißdeutung gesichert. Dagegen gibt seine Behauptung, daß die Suggestividee ohne jede logische Begründung von der Masse übernommen werde, den aus solchen Suggestivideen hervorgehenden Massenbewegungen in der Tat eine leicht ans Pathologische streifende Färbung, die zumal dann sich geltend macht, wenn jener Mangel an logischer Begründung die Idee und zwar besonders die politische Idee eines Kulturvolkes betrifft. Ich halte jene Behauptung zudem, so viel Wahres ihr auch zugrunde liegt, in der scharfen Fassung, die *Friedmann* ihr gibt, für zu weitgehend. Mir scheint sie zwar für Naturvölker und für Glaubenssachen, in denen naturgemäß der Verstand weniger mitspricht, im ganzen zuzutreffen, in viel geringerem Grade aber für politische Bestrebungen in Kulturvölkern. Es ist richtig, daß suggestiv wirkende Vorstellungen das politische Leben auch dieser Völker in weitem Umfang beherrschen, und daß sie, um zur Herrschaft zu gelangen, der Einpflanzung und Erregung durch fremde geistige Kraft, nämlich der „mit dem Einfluß der Priesterschaft zu vergleichenden" Werbearbeit der Parlamentarier, Berufspolitiker und Zeitungschreiber bedürfen (*Friedmann* S. 261), aber sie vermögen bei einer Volksmasse, die sich nicht im Naturzustande befindet und eine größere Anzahl mehr oder weniger gebildeter Elemente in sich schließt, tiefgehende Erregungen und große Kriege ohne logische Begründung kaum hervorzurufen. Daß die logische Begründung nur dasjenige Wissen als Unterlage nehmen kann, das der Masse von früher her eigen ist oder ihr während der Werbearbeit zugeführt wird, verringert die Macht der Überlegung, schaltet sie aber da nicht aus, wo eben eine gewisse Summe von Kenntnissen und Erfahrungen schon vorhanden ist. Überrumpelungen der Einsicht sind natürlich möglich, und der Treppenwitz kommt zu spät, wo augenblickliche Entscheidungen nötig sind, aber da, wo erst vorbereitet und Stimmung gemacht werden muß, ist die logische Anknüpfung der neuen gefühlsstarken Idee an andere Vorstellungen, auch solche materieller und praktischer Art, um so notwendiger, je tiefer Leben und Güter des einzelnen in die Angelegenheit verflochten werden. Gewiß, „nach den maßlosen Orgien der demokratischen Idee gelang es dem Genie eines Napoleon relativ leicht, die Fran-



zosen nach den Grundsätzen des aufgeklärten Absolutismus zu regieren, indem er ihren Geist durch die Idee der Gloire an Stelle des Freiheitgedankens erfüllte" (S. 305), aber dies wäre auf die Dauer kaum gelungen, wenn Napoleons Herrschaft nicht zugleich den endgültigen Abschluß einer Bewegung bedeutet hätte, die das Leben und die Wohlfahrt des einzelnen bedrohte, und wenn nicht die Direktorialregierung zur Beruhigung des Landes unfähig gewesen wäre. Und ebenso erwuchs den Bestrebungen des dritten Napoleon eine wesentliche Hilfe daraus, daß das Kaiserreich auch hier innere Ruhe und Schutz vor den gerade kurz vorher sehr gefährlichen sozialistischen Umtrieben erhoffen ließ. In dieser Auffassung, daß politische Erregungen ohne logische Begründung in Kulturvölkern nicht ohne weiteres zustande kommen, berühre ich mich offenbar mit *Löwenfeld* und *Benda*, die ja gerade aus dem vermeintlichen Mangel solcher Erwägungen den pathologischen Charakter der Revancheidee erweisen wollen. Was mich von ihnen trennt, ist eben die Frage, ob solche Anknüpfungen im gegebenen Falle vorhanden waren.

Die Heranziehung der *Friedmann*schen Abhandlung löst also die Frage nicht, welchen Sinn es haben könne, den Begriff einer geistigen Krankheit auf das Völkerleben anzuwenden. Auch der Vergleich mit Volkskrankheiten wie Aussatz, Pest, Cholera führt in diesem Falle nicht weiter, da *Löwenfeld* und *Benda* nicht darauf, daß eine Anzahl Franzosen geisteskrank oder Psychopathen sind, ihre Diagnose der Psychopathia gallica stützen, sondern das Volk, ganz abgesehen von jenen einzelnen, als krank hinstellen. Gehen wir also etwas näher auf den Sinn ihrer Begriffsübertragung ein.

Bezeichnet man als Krankheit solche Veränderungen eines Organismus, die seine Leistungfähigkeit vermindern [1]), so würden als Geisteskrankheit diejenigen Veränderungen zu gelten haben, die die geistige Leistungfähigkeit herabsetzen. Von dem in Gemeinschaft und zumal in staatlichem Verbande lebenden Menschen werden aber Leistungen nicht nur zu seiner eigenen Erhaltung gefordert, sondern sie sollen auch zum Wohle der Gemeinschaft und des Staates dienen oder wenigstens diesem gemeinsamen Zwecke nicht zuwiderlaufen. Die seelischen Veränderungen, die die Leistungen zur eigenen Erhaltung herabsetzen, betrachten wir als krankhaft, diejenigen Handlungen, die, ohne aus Krankheit hervorzugehen, dem Wohle der Gemeinschaft oder des Staates zuwiderlaufen, als unmoralisch oder verbrecherisch. Den alten Griechen, die das, was wir Geistesstörung nennen, als rein körperliche Veränderung, zwar nicht des Gehirns, sondern der Säftemischung, des „Temperaments", auffaßten, war der Vergleich sittlicher Tüchtigkeit mit der Gesundheit, sittlicher Schlechtigkeit mit einer Krankheit sehr geläufig. Auch wir könnten

[1]) Vgl. *H. Ribbert*, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie u. pathol. Anatomie; Leipzig, Vogel; 2. Aufl. 1905.



allenfalls — und zwar nicht nur vergleichweise, wie sie — sittliche Schlechtigkeit als krankhaft bezeichnen, weil die aus ihr hervorgehenden Handluugen geeignet sind, eine Rückwirkung von seiten der Gemeinschaft und des Staates gegen den Urheber zu veranlassen, ihn somit mittelbar zu schädigen und seine Leistungfähigkeit zu verringern; wir lehnen aber im allgemeinen diese Erweiterung des Krankheitbegriffes ab und halten schon aus praktischen Gründen an der Unterscheidung zwischen krank und schlecht oder verbrecherisch fest. Nun gibt es zwar auch Staatengemeinschaften und die Anfänge eines Völkerrechts, aber es fehlen praktische Gründe für die Unterscheidung zwischen krankhaften und verbrecherischen Handlungen eines Volks. Schadet ein Volk sich oder andren, so muß es die Folgen seiner Handlungen tragen, die Machtverhältnisse entscheiden, und wenn diese auch durch völkerrechtliche Anschauungen beeinflußt werden, so enthalten hier die Rechtsanschauungen doch nicht den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen, sondern beurteilen nur das Verhalten eines Volkes andren Völkern gegenüber ohne Rücksicht auf etwaige geistige Erkrankung. Unser Verhalten Frankreich gegenüber bleibt das gleiche, ob wir das französische Volk als krankhaft ansehen oder nicht, und ebensowenig wird unsere Ansicht darüber, auf welche Weise einmal die Revancheidee ihre Herrschaft verlieren könne, dadurch beeinflußt, daß wir sie nicht nur im allgemeinen als schädlich für Frankreich und für uns, sondern etwa noch im besondren als krankhaft oder verbrecherisch ansehen. Da nun auch unsere Erkenntnis nicht gefördert wird, wenn wir ein Volk deshalb als geisteskrank bezeichnen, weil sein Verhalten dem eines einzelnen Geisteskranken verglichen werden kann, so vermag ich einen Nutzen oder einen begründeten Sinn derartiger Betrachtungen nicht zu entdecken, es sei denn die ästhetische Freude wie bei jedem gut durchgeführten Vergleich, der den Geist eine Zeitlang beschäftigt und anregt.

Vielleicht könnte ja im vorliegenden Falle das Schlagwort Psychopathia gallica auch ohne ausreichende Begründung die Empörung gegen Frankreich in Mitleid umwandeln und den Verstand dazu anspornen, im Falle eines entscheidenden deutschen Sieges die Friedensbedingungen so zu gestalten, daß sie geeignet scheinen, eine gründliche Heilung des französischen Volkes zu ermöglichen. Eine gesunde deutsche Politik wird aber allein das Wohl und die Sicherung Deutschlands ins Auge fassen, und wenn dieses Ziel sich gegenwärtig in einer Hinsicht mit dem der Heilung Frankreichs von „Revanche- und Größenideen“ deckt, so dürfte doch der Selbsterhaltungstrieb in unsrem Volke kräftig genug sein, um sich auch ohne die Unterstützung durch das Mitleid mit einem fremden Volke durchzusetzen; ja, die Wirkung des Mitleids auf die Politik würde deren natürliche Grundlage ebenso verschieben wie der Einfluß der Revancheidee. Und so scheint mir denn auch von diesem Gesichtspunkt aus der Wunsch berechtigt, die Psychopathia gallica möge den Rahmen eines geistreichen Gedankenspiels nicht überschreiten. *Hans Laehr.*



Die mit einem Aufwand von 3½ Millionen Mark gebaute bayrisch-schwäbische Kreisirrenanstalt Günzburg a. d. Donau ist eröffnet worden. Die Anstalt besteht aus 55 Baulichkeiten nach dem Pavillonsystem und bietet Platz für 1200 Kranke.

Schutz der Kinder gegen Alkohol. — Darf eine Polizeiverordnung die Verabfolgung von Alkohol verbieten? Diese Frage hat dieser Tage das Kammergericht im Gegensatz zur Vorinstanz bejaht. Der Fall, in dem diese sozial wichtige Frage entschieden wurde, war folgender:

Durch die Polizeiverordnung des Regierungspräsidenten zu Liegnitz vom 11. Mai 1889 ist, wie in vielen gleichartigen Verordnungen, verboten, Kindern unter 15 Jahren innerhalb und außerhalb von Lokalen und Vergnügungsstätten geistige Getränke, sei es zum eigenen Konsum oder auf Bestellung für andere, zu verabfolgen. Dann enthält die Verordnung noch einige Spezialbestimmungen. Wegen Übertretung der Verordnung war der Gastwirt Schreier in Görlitz angeklagt worden, weil er einem Kinde Schnaps verabfolgt habe, den es für seine Eltern holte. Die Strafkammer in Görlitz als Berufungsinstanz sprach den Angeklagten frei, indem sie die Verordnung des Regierungspräsidenten für ungültig erachtete, weil sie auch die Verabfolgung der Getränke auf Bestellung für andere verbiete. Das gehe zu weit. Damit würde es Eltern auch unmöglich gemacht werden, Spirituosen in geschlossenen Flaschen durch ihre Kinder holen zu lassen. Das Kammergericht hob jetzt auf die Revision der Staatsanwaltschaft das Urteil auf und verwies die Sache zu nochmaliger Verhandlung und Entscheidung an die Strafkammer zurück. Begründend wurde ausgeführt: Die Vorentscheidung sei nicht haltbar. Mit Unrecht erachte die Strafkammer die Polizeivorschrift, welche die Abgabe geistiger Getränke an Kinder verbiete, für ungültig. Die Vorschrift sei vielmehr rechtsgültig. Sie wolle die Kinder vor Schaden an ihrer Gesundheit bewahren. Sie finde darum die Rechtsstütze in § 6 f des Polizeiverwaltungsgesetzes und in § 10 Teil 2, Titel 17 des Allgemeinen Landrechts, wonach es Aufgabe der Polizei sei, das Publikum, wozu auch die Kinder gehörten, vor bevorstehenden Gefahren zu schützen. Zu dem Zweck müsse auch verboten werden können, die geistigen Getränke an Kinder auf Bestellung für andere abzugeben. (Holitschers Korrespondenz.)

Personalnachrichten.

Dr. *Johannes Feldkirchner*, Med.-Rat, Direktor der Kreisanstalt Regensburg, ist unter Verleihung des Titels und Ranges eines Kgl. Obermedizinalrats in den Ruhestand getreten.

Dr. *Bernhard Schauen*, San.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Schwetz, ist zum Direktor der Prov.-Anstalt in Neustadt W.-Pr.,



Dr. *Emil Heinze*, San.-Rat, Oberarzt in Neustadt W.-Pr., zum Direktor der Prov.-Anstalt Schwetz,

Dr. *Friedrich Ast*, Oberarzt in Haar, zum Direktor der Kreisanstalt Werneck,

Dr. *Georg Hußel*, Anstaltarzt an der Kreisanstalt Ansbach, zum Oberarzt daselbst,

Dr. *Korbinian Brodmann*, Oberarzt und ao. Prof. in Tübingen, zum Prosektor der Landesanstalt Nietleben ernannt worden.

Dr. *Karl Esser*, Abt.-Arzt der Bezirksanstalt Saargemünd, ist aus dem Anstaltsdienst ausgeschieden.

Dr. *Martin Pappenheim* hat sich als Privatdozent in Wien habilitiert.

Dr. *Ernst Bischoff*, Priv.-Doz. in Wien, und

Dr. *Max Isserlin*, Priv.-Doz. in München, sind ao. Professor,

Dr. *Wilhelm Peterßen-Borstel*, Dir. der Prov.-Anstalt Plagwitz, und

Dr. *August Mercklin*, Dir. der Prov.-Anstalt Treptow a. R., Geh. Sanitätsrat geworden.

Dr. *Julius Braune*, Dir. der Prov.-Anstalt Conradstein,

Dr. *Otto Elias*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Rybnik,

Dr. *Ottomar Schmidt*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Tost,

Dr. *Wilhelm Ziertmann*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Bunzlau,

Dr. *Georg Marthen*, Dir. der Landesanstalt Landsberg a. W.,

Dr. *Oskar Kluge*, Dir. der Landesanstalt Potsdam,

Dr. *Matthias Schmitz*, Oberarzt der Landesanstalt Neuruppin,

Dr. *Max Edel*, leit. Arzt der Dr. *Edel*schen Privatanstalt in Charlottenburg,

Dr. *Hermann Mucha*, Dir. der Privatanstalt in Franz.-Buchholz,

Dr. *Theodor Schneider*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Eickelborn,

Dr. *Otto Brunner*, leit. Arzt der Privatanstalt Neuemühle bei Kassel,

Dr. *Franz Adams*, Dir. der Prov.-Anstalt Andernach,

Dr. *Paul Werner*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Andernach,

Dr. *Gustav Flügge*, Dir. der Prov.-Anstalt Bedburg-Hau, und

Dr. *Ernst Beyer*, leit. Arzt der Nervenheilstätte Roderbirken, haben den Titel Sanitätsrat erhalten.

Dr. *Ramón y Cajal*, Prof. in Madrid, ist zum auswärtigen Ritter des Ordens pour le mérite ernannt worden.

Dr. *Erich Gerstenberg*, Geh. San.-Rat, bisher Dir. der Prov.-Anstalt Hildesheim, hat den Kronenorden 3. Klasse,

Dr. *Arved Hohlfeld*, leit. Arzt der Privatanstalt Schweizerhof, den kgl. sächsischen Albrechtorden 1. Klasse,

Dr. *Paul Holthausen*, Dir. der Prov.-Anstalt für Schwachsinnige zu Rastenburg, das Eiserne Kreuz 1. Klasse,

Dr. *Max Laehr*, San.-Rat, Prof., leit. Arzt der Heilstätte Haus Schönow,

Dr. *Max Arndt*, leit. Arzt der Privatanstalt Waldhaus in Nikolassee, und

Dr. *Franz Weißenhorn*, Arzt der Landesanstalt Pforzheim, das Eiserne Kreuz erhalten.

Dr. *Max Rothmann*, Prof. u. Priv.-Doz. in Berlin, ist, 47 Jahre alt, am 12. August,

Dr. *Gustav Rabbas*, Med.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr., 59 Jahre alt, ist plötzlich am Herzschlag,

Dr. *Paul Landerer*, Hofrat, von 1876 bis 1907 Besitzer und Leiter der Priv.-Anstalt Kennenburg, 72 Jahre alt, am 7. Oktober an einem Schlaganfall und

Dr. *Alois Alzheimer*, Prof. in Breslau, 51 Jahre alt, nach längerer Krankheit am 21. Dezember gestorben.

Dr. *Gustav Zander*, ord. Arzt der Landesanstalt Nietleben, Ritter des Eisernen Kreuzes, ist den Heldentod für das Vaterland gestorben.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLNADS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

ZWEIUNDSIEBZIGSTER BAND
VIERTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 17. JUNI



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1916

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ··· Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Über paranoische Geistesstörungen.

Von

Professor Dr. **Ernst Emil Moravcsik,** Budapest.

Der Umstand, daß die anatomische Grundlage der Geistesstörungen in der Mehrzahl der Fälle nicht nachweisbar ist, erschwert nicht nur die präzise Umschreibung besonderer einheitlicher Krankheitformen, sondern erklärt auch die sich in der klinischen Beschreibung der meisten Psychiater zeigende Verschiedenheit der Auffassungen. Noch mehr wurde diese Verschiedenheit der Auffassungen befördert durch die sich auf Jahrzehnte erstreckende Erfahrung, daß der Charakter der einzelnen psychischen Krankheiten sich mit der Zeit ändert, was wieder teils von der ererbten Eigenart des individuellen Organismus, teils von einer Modifikation der Reaktionsfähigkeit auf die Einwirkung äußerer Reize bedingt ist. Individuelle Charakterzüge und das Milieu, in welchem der Kranke lebt, pflegen sich im Rahmen des Krankheitsbildes scharf auszuprägen und können eine Vielgestaltigkeit der Symptomenvariationen hervorrufen. Auf physiologische und pathologische Einwirkungen pflegen nicht nur das Individuum, sondern auch die einzelnen Teile des Nervensystems verschieden zu reagieren, und wie *Nißl* u. a. nachgewiesen haben, greifen toxische Substanzen (Alkohol, Blei usw.) sowie auch infektiöse Stoffe nur gewisse Teile der Nervenelemente an. Zweifellos gibt es gewisse Krankheiten, welche in den Nervenzellen der Hirnrinde ganz spezifische Veränderungen hervorrufen (so z. B. lassen sich bei der *Alzheimer*schen Form der senilen Demenz mit der *Bielschowsky*schen Methode schleifen- und korbartige Gebilde der dunkler tingierten Fibrillen nachweisen, oder bei der amaurotischen Idiotie nicht bloß ballonartige Quellungen des Zellkörpers, sondern auch seiner Dendriten) —, jedoch in den meisten Fällen läßt Form und Art der Nervenzellen-



degeneration — als Ausdruck des psychischen Verfalles, des geistigen Defektes — doch keine Schlüsse zu auf die spezielle Art der geistigen Krankheitform. Eher noch gibt uns eine mehr minder umschriebene Lokalisation gewisser pathologischer Veränderungen der Hirnrinde einigermaßen verwertbare Fingerzeige, so z. B. können pathologisch veränderte Nervenzellen, Form, Anordnung und Zahl der Nervenfasern, Verhalten, Proliferation oder Verminderung der Glia, Veränderung der Blutgefäße, Anhäufung gewisser Formelemente usw. etwa auf paralytische oder senile Demenz, auf Epilepsie, auf arteriosklerotische Demenz hinweisen.

Bei dem so häufigen Mangel der sicheren anatomischen Basis kann es derzeit bloß die genaue klinische Untersuchung und Beobachtung sein, welcher die führende und leitende Rolle bei der Ausgestaltung der psychischen Krankheitformen zukommen muß. Die neuere psychiatrische Untersuchungsart jedoch begnügt sich nicht, im Gegensatze zur älteren Schule, mit der einfachen Separierung von charakteristischen Symptomen oder Symptomengruppen, sondern richtet ihr Augenmerk auch auf die ätiologischen Momente, auf den Verlauf der Krankheit, auf Krankheitdauer und Art und Form des Krankheitausganges. Auch nimmt die neue Schule die in jüngster Zeit verfeinerten Untersuchungsmethoden in Anspruch und analysiert die psychischen Besonderheiten mit psychologischen und psychophysischen Untersuchungen. Ungeachtet dessen bleiben noch viele Fragen offen, deren Lösung wohl erst einer ferneren Zukunft vorbehalten sein dürfte, und in deren Kreise sich noch gewaltige Unterschiede der Auffassungen ergeben. Immerhin aber können wir mit Genugtuung konstatieren, daß so manche alte Unterschiede der Auffassungen geschwunden sind, und daß in den letzten Jahren einzelne Krankheitformen mit sicheren Grenzen auf einer festen Grundlage ruhen. Hierbei gebührt unstreitig das größte Verdienst *Kraepelin* und seiner Schule, deren Auffassung selbst von der bisher so fernstehenden französischen und englischen Psychiatrie geteilt wird. Abgesehen von dem wohlumschriebenen Krankheitbilde der progressiven Paralyse, in deren vereinzelten zweifelhaften Fällen die sero- und zytologische Untersuchung die Stützpunkte einer differentiellen Diagnose sichert, sind es namentlich die manisch-depressive und die schizophrene Geistesstörung (Dementia praecox), welche sich einen

fast allgemein anerkannten Platz unter den psychischen Krankheitformen gesichert haben.

So wie aber die Einführung der psychologischen Richtung und Untersuchungsmethoden für die Wertung der psychischen Abnormitäten neue Gesichtspunkte aufgestellt hat, wurde andrerseits ein Teil der Fachmänner zu mit überflüssiger Minutiosität erreichten unseligen Kombinationen verführt, welche, fast hypertheoretische Folgerungen darstellend, einen scheinbar bereits festgefügten Bau in seiner Grundlage abermals aufrührten und verwirrten. Dasselbe Schicksal ereilte auch die in der Vergangenheit vielumstrittene und neuerlich wieder gründlich erschütterte Frage der Paranoia.

Als wesentliches Kennzeichen der Paranoia betrachtete man lange Zeit hindurch die primär, also ohne Stimmungsveränderung, sich selbständig entwickelnden fixierten Wahnvorstellungen. *Griesinger*, ein Grundleger der Psychiatrie, betrachtete sie als eine sekundäre Krankheitform, welche aus einer abgeklungenen akuten Geisteskrankheit (Melancholie, Manie) entstanden sei, während *Snell*, *Westphal*, *Sander* sie als primäre Krankheit bezeichneten; *Sander* betont dabei namentlich die sich in früher Jugendzeit, mit dem psychischen Leben gleichzeitig entwickelnde und mit der Wahnvorstellung einer höheren Abstammung verbundene originäre Form. Einzelne (*Kahlbaum*, *Esquirol*, *Griesinger*, *Westphal* usw.) betrachten sie als partielle Geistesstörung, welche in einer Alterierung der intellektuellen Sphäre zum Ausdruck gelange. Erkrankungen, bei welchen die Wahnvorstellungen sich ohne Sinnestäuschungen entwickeln, bezeichneten sie als Paranoia simplex; zeigten sich aber auch letztere, so sprachen sie von einer Paranoia hallucinatoria und unterschieden auch die mit besonders lehbaften Sinnestäuschungen und Verwirrtheit komplizierte Paranoia hallucinatoria acuta, welche letztere später *Meynert* in das meisterhaft konstruierte Krankheitbild der Amentia umwandelte. Während man anfangs eine akute und heilbare Form der Paranoia für möglich hielt, wurde später eben der chronische Verlauf als besonders charakteristisch hervorgehoben, und nur in neuerer Zeit setzen sich einzelne Forscher, z. B. *Stransky*, für die Möglichkeit des ersteren Verlaufes ein. Der Rahmen des Krankheitbildes wurde immer erweitert, und wohl diesem Umstande ist es zuzuschreiben, daß die Zahl der Paranoiafälle in den Anstaltstatistiken immer mehr zunahm.

Kraepelin griff mit starker Hand in dieses Chaos systemlos verworrener Krankheitsymptome und begann bereits im letzten Dezennium des vorigen Jahrhunderts auf Grund einer langen Beobachtung, bei Vergleich von Ätiologie, Verlauf, Krankheitdauer und Ausgang, das Krankheitbild der Paranoia zu umschreiben. Er betonte den chronischen Verlauf derselben und hob als bezeichnendes Kennzeichen die bei unverändertem



Denken, Wollen und Handeln sich langsam vollziehende Umgestaltung der ganzen psychischen Persönlichkeit und die Entwicklung eines unerschütterlichen Systems von Wahnvorstellungen hervor. Er eliminierte die nicht dorthin gehörenden Fälle und faßte die in Verblödung übergehenden Formen unter dem Namen der Dementia paranoides zusammen.

Als Grundzug der noch nicht so engumschriebenen Paranoia betrachtete ein Teil der Psychiater (*Mendel*, *Schüle*, *Salgo*, *Koch*, *Hitzig*, im Anfange auch *Kraepelin* u. a.) in Übereinstimmung mit *Griesinger* die Geistesschwäche, welche in eine Abstumpfung der intellektuellen und gemütlichen Sphäre, in einer Lückenhaftigkeit und Einseitigkeit der Denkungsweise, logischer Folgerung und Kritik, und in einer Mangelhaftigkeit der Elemente des Selbstbewußtseins-Inhaltes zum Ausdrucke gelange. Dem gegenüber stand die Ansicht von *Westphal*, *Sandberg*, *Neißer*, nach welcher die Entwicklung der Wahnideen nicht eine Erscheinung der intellektuellen Abstumpfung darstellt, sondern eher ein Zeichen der in der Beurteilung des krankhaften Zustandes sich äußernden Beeinflußbarkeit bzw. der mangelnden Krankheiteinsicht ist. *Neißer* konzediert bloß soviel, daß ein Teil der Fälle in geistige Schwäche übergeht.

Bezüglich der Herleitung der Wahnideen entstanden zweierlei Hypothesen: die eine auf rein psychologischer, die andere auf anatomischer Grundlage. So traten in den Vordergrund die primäre Störung des Intellektes (*Westphal*), das abnorme Spiel der Phantasie (*Cramer*), der Einfluß der Reizbarkeit der Gefühlssphäre auf die pathologische Gestaltung der Phantasie (*Moeli*), der Einfluß, welchen die Zwangsgedanken, die aus lebhaft affektgefärbten Erlebnissen entstandenen, energetisch überwertigen und das Bewußtsein verfälschenden Vorstellungen auf den Gedankeninhalt und auf die Lockerung der Assoziationsverbindungen, auf die Entstehung der Sejunktion ausüben (*Neißer*, *Wernicke*). Ein Teil der Forscher suchte die in umschriebenen Erkrankungen einzelner Rindenpartien (namentlich in jener der supponierten Erinnerungsbilderzentren) die Ursache des veränderten Ichbewußtseins (*Meynert*, *Wernicke*), andere wieder nahmen an eine Verletzung der Assoziationsbahnen (*Hitzig*), der Flechsigschen Körperfühlsphäre (*Bresler*), oder aber eine pathologische Steigerung der Assoziationstätigkeit (*Friedmann*). Nach einzelnen entsteht das paranoische Mißtrauen sowie die unmotivierte Eigenbeziehung der perzipierten Geschehnisse und der Beobachtungswahn aus der nervösen Überreizbarkeit und aus den negativen, unlustbetonten Empfindungen, während *Sandberg*, *Westphal* u. a. die Grundlage dieser Erscheinungen darin erblicken, daß der Kranke die Ursache der empfundenen krankhaften Veränderung in die Außenwelt projiziert. Nach *Lechner* „entstehen aus krankhaften Impressionen und aus krankhaften Revelationen leicht Wahnideen, welche sich stabilisieren, für die Einsicht unzugänglich bleiben, durch die sie verarbeitende geistige Tätigkeit in ein System verbunden werden, in den Gesamtinhalt des Bewußtseins übergehen und schließlich die gesamte

Persönlichkeit psychisch gänzlich umgestalten". *L.* bezeichnet die Impressionen als solche apperzeptionelle Sinneseindrücke, welche neben ungenügender oder mangelhafter Reizaufnahme aus überstarken, aber kongruierenden Reflexreaktionen entstehen; als Revelationen bezeichnet er ähnliche Erscheinungen, doch entstehen diese aus unvollständigen Reproduktionsgebilden, auch nehmen letztere zumeist die Form der einen Affekt begleitenden Reaktion an.

In neuerer Zeit tritt *Specht* nicht bloß energisch ein für das Entstehen der Paranoia auf affektiver Grundlage, sondern weist sie direkt der Krankheitgruppe des manisch-depressiven Irreseins zu, wofür auch noch die beiden gemeinsame hereditäre Belastung spreche. Er betont, daß die Depression die Aufmerksamkeit auf die Ichpersönlichkeit, die Exaltation hingegen auf die Außenwelt lenkt; der paranoische Größenwahn ist die Folge eines gesteigerten Selbstbewußtseins und ergibt auch Verfolgungsideen. Für den Grundzug des Mißtrauens nimmt er eine gemischte affektive Grundlage an. Fixierung, Protrahierung und Intensitätsteigerung derartiger Affektzustände ist nach S. bei Paranoikern oft nachweisbar. Er weist auch darauf hin, daß quärulierende Paranoiker in ihrer Sprache eine ganze Serie manischer Zustände aufweisen, so in der Hastigkeit der Sprache, in der fieberhaften Tätigkeit, in der Ausbreitung und Erweiterung des Gedankenganges. *Bresler* schließt sich der Ansicht *Spechts* an und supponiert, daß infolge Disharmonie der spezifischen Nervenreizbarkeit und des Allgemeinbefindens die angenehmen und unangenehmen Empfindungen in nicht adäquater Form in das Bewußtsein treten. *Margulies*, *Pick* u. a. akzeptieren ebenfalls den Einfluß der affektiven Grundlage, zumindest für den Ausgangspunkt der Paranoia. *Pick* und *Linke* erblicken den primären Faktor in dem ungewissen Gefühl der gespannten Erwartung, demgegenüber *Berze* in einer Störung der Apperzeption und in einer psychischen Hyperästhesie. *Lehmann*, welcher aus der Gruppe der Paranoia die mit Halluzinationen und Größenwahn einhergehenden Formen eliminieren will, läßt den Gedanken der Beeinflussung und Verfolgung ebenfalls aus einer Störung der affektiven Sphäre entstehen. *Bleuler* teilt nicht die *Specht*sche Auffassung, nach seiner Ansicht sind sowohl das Mißtrauen als auch die Wahnideen in erster Reihe Resultate des intellektuellen Prozesses und können von Gefühlsschwankungen höchstens begleitet sein. Der Mechanismus ist bei den Irrungen des physiologischen Individuums derselbe wie beim Entstehen der Wahnideen einer an Paranoia oder an Dementia praecox leidenden Person: sie haben ihren Ausgangspunkt in einem gefühlsbetonten Vorstellungskomplex, und die Suggestion spielt mit hinein.

Das Bestreben, das Krankheitbild der Paranoia gänzlich aufzulösen, kommt in der Stellungnahme verschiedener Autoren zum Ausdruck. So gelangt *Bumke* zu dem Schluß, daß das manisch-depressive Irresein und die Paranoia quaerulatoria nicht scharf voneinander getrennt werden

können, und daß diese, im Verein mit der Hysterie und den Degenerationspsychosen, der Gruppe der endogenen Krankheiten angehören. Auch *Wilmanns* erblickt in ihr kein einheitliches Krankheitbild, sondern bloß eine Art des degenerativen Irreseins, ebenso wie auch etwa die Haftpsychose. *Maier* betont, daß wir den Einfluß der durch Affekte stärker gefärbten Vorstellungskomplexe nicht bloß bei der Entstehung der Wahnideen, sondern auch bei andern krankhaften psychischen Funktionen vorfinden, und er proponiert deshalb eine feinere Unterscheidung in dem Sinne, es sei „für die psychopathologischen Erscheinungen, für deren Anordnung und inhaltliche Ausgestaltung Wunsch- und Angstaffekte oder ambivalente Strebungen im Zusammenhange mit bestimmten Vorstellungskomplexen ausschlaggebend oder mitbestimmend sind, die Bezeichnung „katathym" zu wählen". Bei den katathymen Wahnideen schließt sich der leitende Affekt an ganz besondere, spezifische Vorstellungen an, während bei dem manisch-depressiven Irresein Depression und Euphorie ganz allgemein sind. Nach *Maier* gelangt in der *Kraepelin*schen Paranoia die katathyme Wahnbildung in der ausgesprochensten Weise zum Ausdruck, ohne gleichzeitige Vermengung mit andern pathologischen Erscheinungen, doch sei dies kein einheitliches Krankheitbild, sondern bloß ein Typus des Verlaufes und der Symptome. *Böge* möchte die Paranoia in die Gruppe der „konstitutionellen Psychopathie" einschmelzen.

So sehr auch die Auffassung der Psychiater bezüglich Wesen und Entwicklung der Symptome divergiert, namentlich infolge mangelnder anatomischer Basis, ist doch die Überzeugung allgemein verbreitet, daß die Paranoia dem degenerativen Boden der hereditären Belastung entspringt. Immerhin aber gibt es Hirnkrankheiten mit materieller Veränderung (Arteriosklerose, Hirnblutung, Hirngeschwulst, Hirnlues, multiple Sklerose, Chorea Huntington, progressive Paralyse, Tabes, senile Veränderungen des Hirnes), ferner Intoxikationszustände (Alkoholismus, Kokainismus, Morphinismus, Bleivergiftung), welche paranoiaartige Erscheinungen hervorrufen können, und welche als paranoide Formen losgetrennt werden müssen. Man pflegt auch bei Psychosen derartigen Ursprunges die vorhandene Disposition anzunehmen, doch hält es ein Teil der Psychiater (*Redlich*, *Hößlin*) für möglich, daß exogene Faktoren, welche das Gehirn angreifen, auch als solche allein verschiedene Psychosen hervorzurufen vermögen.

Hat sich auch ein großer Teil der Forscher den *Kraepelin*schen Prinzipien angeschlossen, so finden wir doch in der Beurteilung einzelner Fälle abweichende Auffassungen. So wollen manche jene Fälle aus dem Rahmen der Paranoia ausschließen, in welchen die Wahnideen mit Halluzinationen einhergehen, wohingegen andere in der Anwesenheit solcher keinen genügenden Grund zur Ausschließung erblicken. Es werden akut, periodisch, mild, atypisch, abortiv verlaufende Fälle beschrieben. *Kleist* spricht von einer besonderen Involutionsparanoia, unter welchem Namen



er jene Fälle zusammenfaßt, wo im Rückbildungsstadium des Gesamtorganismus keine Zerstörungen des Gehirns erfolgen, sondern wo auf Grund einer sich bereits früher in Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Stutzigkeit, Hartnäckigkeit, Mißtrauen und Selbstbewußtsein zeigenden — und von *Kleist* als hypoparanoisch bezeichneten — Disposition, Halluzinationen, Illusionen, Erinnerungsverfälschungen, nicht systematisierte (namentlich Beeinträchtigungs-) Wahnbildungen, Stimmungsveränderungen sich entwickeln. *Birnbaum* will die wahnähnlichen Phantasiegebilde, welche sich bei Degenerierten, besonders während der Strafhaft, zeigen, von der *Kraepelin*schen Paranoia lostrennen, ganz besonders wegen ihres wechselnden, unbestimmten, beeinflußbaren Charakters, wegen ihres geringen reellen Wertes und wegen ihrer Oberflächlichkeit.

In seiner Arbeit „Über paranoide Erkrankungen" (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Orig.-Bd. 11 H. 5) präzisiert *Kraepelin* seinen neuesten Standpunkt und faßt die Grenzen der Paranoia noch enger zusammen. Als charakteristisch betont er, daß sich auf Grund der psychopathischen Belastung nicht so sehr bei pathologischen, vielmehr bei Personen, welche sich unter dem Einflusse der gewohnten Reizeinwirkungen des normalen Lebens abnorm, psychisch falsch entwickelten, unter der Einwirkung innerer Ursachen und im Verlaufe des Kampfes um das Leben langsam, auf kombinativer Basis, ein unerschütterlicher Wahn entwickelt, wobei die Harmonie der Gesamtpersönlichkeit vollkommen erhalten bleibt. Man müsse annehmen, daß sich die Krankheit aus einer ganz eigenartigen paranoiden Veranlagung entwickelt, welche übrigens auch in der maßlosen Selbstüberschätzung und im Mißtrauen zum Ausdruck gelangt. Ein Zug von Größenwahn dominiert über dem gesamten Bilde, welcher nach inneren Kämpfen und Gestaltungen als geheimer Wunsch, Sehnsucht und Traum auftritt. Die Kranken — so sagt *Kraepelin* — fühlen sich als Weltbeglücker, Erfinder, Entdecker, Religionsstifter, Staatsmänner, Thronforderer und erheischen diese ihre Ansprüche auf Grund ihrer Verdienste, ihrer göttlichen Mission oder geheim gehaltener Abstammung. Sie verteidigen ihren Wahn mit motivierter und hartnäckiger Ausdauer, bewahren aber dabei die Fähigkeit, die gesellschaftliche Ordnung und die Schranken des Gesetzes anzuerkennen, trotzdem ihre Lebensweise als absonderlich erscheint. Nur wenn sie vermeinen, auf unüberwindliche Hindernisse zu stoßen, kommen sie ausnahmweise in Kollisionen. Ihre vielfachen Enttäuschungen, die steten Reibungen mit der Umwelt führen zur Ausbildung von Beeinträchtigungswahn, doch wird derselbe niemals zu einem herrschenden Element im Krankheitrahmen. Der Grundzug bleibt die vollkommene Überzeugung ihrer hervorragenden Persönlichkeit.

Als dem Krankheitbilde der Paranoia nahestehend bezeichnet *Kraepelin* die quärulante Form. Auch hier ist der innere Zusammenhang des geistigen Lebens unversehrt, Denken und Handeln sind — abgesehen vom Einflusse des Wahnes — geordnet. Sinnestäuschungen fehlen

vollkommen, aber Erinnerungsfälschungen können vorkommen, der Wahn besteht Jahre hindurch systematisiert, aber die besondere Gestaltung der Umstände vermag einen gewissen Verfolgungszug hineinzumengen. Bloß nach jahrelangem Bestand entwickelt sich eine Einengung des Vorstellungskreises, eine Abstumpfung der gemütlichen Regsamkeit und eine Erlahmung des Willens. Nach *Kraepelin* könnte man diese als jene Form der Paranoia bezeichnen, welche sich nicht unter dem Einflusse der Lebensverhältnisse und Lebenskämpfe, sondern bloß einseitig unter dem Einflusse eines Konfliktes mit der Rechtsordnung entwickelt.

Ebenso hat *Kraepelin* auch den Begriff der Dementia praecox paranoides enger umschrieben, welche sich bekanntlich aus teils der Paranoia, teils andern paranoiden Krankheitformen entnommenen Symptomenkomplexen zusammensetzt; ihr Charakteristikum ist eine besondere Spaltung des inneren Zusammenhanges der geistigen Persönlichkeit und eine ausgesprochene Schädigung des gemütlichen Lebens und des Wollens.

Die Ergebnisse einer jahrelangen Beobachtung berechtigen zu der Auffassung, daß es ganz begründet ist, wenn man aus dem Rahmen der Paranoia mit Rücksicht auf die Ätiologie, auf die Eigenart, Gruppierung und Evolution der Symptome, dann mit Rücksicht auf den Verlauf und Ausgang eine Zahl der Fälle ausscheidet, und daß ferner die Einschmelzung derselben in die paranoide Form das klinische Bedürfnis nicht befriedigen kann. Es erscheint also begründet, der Paranoia ähnliche, mit derselben aber nicht gänzlich identische Psychosen mit der Bezeichnung paranoider Geisteskrankheiten in eine besondere Gruppe einzureihen, wie dies *Kraepelin* bei der Aufstellung des Paraphreniebegriffes getan. Da man aber das bezeichnendste Symptom der Paranoia, die Wahnbildung, in verschiedenen Psychosen vorfindet, während der anatomische Befund entweder negativ ist oder doch nicht genügt, die klinische Differenzierung gänzlich zu decken, und da die auf der *Abderhalden*schen Theorie basierte serologische Dialysierungs- und Polarisierungsmethode noch keine allgemein anerkannten Resultate produziert, welche uns über die Natur gewisser Krankheitformen einen sicheren Stützpunkt liefern: so muß diese gesuchte Gruppierung derzeit ausschließlich auf der klinischen Grundlage erfolgen. Dabei kann aber natürlich eine übertriebene Analyse der Symptomengruppen, die jedes Bedürfnis der Differenzierung überschreitende Wertung irgendeines ähnlichen oder fremdartig erscheinenden Zuges nicht zum Ziele führen. Wir sehen nicht bloß bei den somatischen, sondern auch bei den psychischen



Erkrankungen so manche gemeinsame Züge verschiedener Krankheiten sowie auch so manches ungewohnte Symptom innerhalb eines Krankheitbildes. Speziell bei den psychischen Erkrankungen kann der individuelle Charakter, die spezifische Reaktionsfähigkeit des Gehirns recht vielgestaltig zum Ausdruck kommen und zahlreiche feinere Färbungen der Erscheinungen hervorrufen. Somit können und müssen die allgemein charakteristischen Züge als richtunggebend betrachtet werden.

Ich kann mich nicht dem Standpunkt anschließen, daß die Paranoia, namentlich aber die als deren Typus zu betrachtende quärulierende Form, in das Krankheitbild der Manie gehöre. Es kann nicht bezweifelt werden, daß *Specht* mit Grund so manchen gemeinsamen Zug hervorhebt, so namentlich die Hastigkeit der Sprache, des Handelns und Schreibens, ebenso auch die Reizbarkeit und die Ablenkbarkeit des Gedankenganges, dann die Ähnlichkeit des namentlich bei der chronischen Manie oft hervortretenden Größen- und sekundären Verfolgungswahnes, welche zu Reibungen mit der Umwelt führen können; jedoch — wie dies auch *Kraepelin* betont — fehlt in der Paranoia die Unermüdbarkeit, Gereiztheit und impulsive Unbedachtheit der Handlungen und entwickeln sich in der Manie die Wahnideen nicht langsam und konsequent. Die Wahnbildungen sind hier Folgeerscheinungen des gehobenen Selbstbewußtseins, der gehobenen Stimmung, sie stellen hier episodische Produkte einer aktuellen und intensiveren Färbung des Gefühlskomplexes dar, sind kaum oder gar nicht fixiert und verflüchtigen sich so rasch, wie sie entstehen. Oft bezeichnet dieselben der Kranke selbst als sinnlose, unwahre Gedanken. Höchstens bei der chronischen Manie sind sie manchmal anhaltend, entbehren aber auch hier des inneren Zusammenhanges mit der Persönlichkeit. Wenn der Querulant in dem Bestreben, seine vermeintliche Rechtschädigung zum Rechte zu führen, zeitweise eine gewisse psychische und motorische Hastigkeit äußert, so ist dies noch lange kein Beweis der manischen Verwandtschaft. Wir begegnen ja derselben Erscheinung auch unter physiologischen Verhältnissen, wenn im Rahmen heftiger Diskussionen die Verteidigung eines Standpunktes überaus energisch erkämpft werden muß. Ebenso sehen wir häufig, daß, wenn sich jemand in einen Gedankenkreis hineinlebt und nach langem Grübeln und Nachdenken gewisse Fakta und Gesetz-



mäßigkeiten anzunehmen sich als berechtigt betrachtet, er bei Darlegung seines Gedankenganges nicht bloß redselig und fieberhaft hastig wird, sondern auch einerseits eine sich auf unwesentliche Umstände erstreckende Weitschweifigkeit zeigen kann, andrerseits auch in seinem Vortrag, eben durch Überspringen der als allgemein be- und anerkannt vermeinten Hauptzüge, oft lückenhaft und oberflächlich erscheint. Wie häufig sehen wir auch, daß der mit hypochondrischen Gedanken saturierte, schweigsame, lustlose Neurastheniker einen fast unbezähmbaren Redeschwall entwickelt, sobald er Gelegenheit findet, seine Klagen und Empfindungen darzulegen.

Bekanntlich kommen paranoiaähnliche Erscheinungen bei mehreren Psychosen vor und können auch gewisse Erkrankungen, z. B. Dementia paralytica, Dementia praecox, unter so charakteristischen Eigentümlichkeiten einleiten, daß sie sogar die klinische Diagnose ungewiß gestalten können, und nur der weitere Verlauf und die begleitenden Symptome geben uns die Grundlage zu einer richtigen Beurteilung. Abgesehen davon, daß bei der progressiven Paralyse der sinnlos hypochondrische, nihilistische oder Größenwahn ganz systemlos ist und vom Kranken absolut nicht motiviert werden kann, erfolgt das Auftreten und Verschwinden desselben ganz rapid, und neben der fortschreitenden Demenz werden uns die Lähmungs- und sonstigen somatischen Erscheinungen bald den richtigen Weg weisen. Ebenso unterstützen uns die tabischen Erscheinungen, wenn es sich darum handelt, die aus den spezifischen Krankheiterscheinungen entspringenden Beeinflussungs- und Verfolgungswahnbildungen (so klagte z. B. einer meiner Kranken darüber, daß seine Feinde ihm den Sehnerv verdörrten, seinen Körper mit glühendem Draht stächen, ihn beim Gehen herumzögen) oder auch Äußerungen von Größenwahn infolge Kortikalerkrankung richtig zu deuten. Die direkt luischen Hirnerkrankungen (Gummen, Endarteriitis syphilitica) können bekanntlich mit solchen Symptomen einhergehen, daß sie an paralytische Demenz erinnern. In zweifelhaften Fällen wird uns die sero- und cytologische Untersuchung den richtigen Weg weisen. Bei solchen paranoiden Erscheinungen, deren Ursache der Mißbrauch von Alkohol ist, werden uns der anamnestische Nachweis eines übertriebenen Alkoholgenusses und die den chronischen Alkoholismus bezeichnenden körperlichen Erscheinungen wertvolle Fingerzeige geben.

Bei manchen Krankheitformen jedoch sind die paranoiden Erscheinungen nur begleitende, episodenhafte und nicht charakteristische Symptome und beherrschen das Krankheitbild nicht in dem Maße, wie bei den wirklichen paranoischen Erkrankungen.

Viele Psychiater erheben lebhaften Einspruch gegen den von *Kraepelin* so eng umschriebenen Begriff der Paranoia. So betont z. B. *Hößlin*, daß er 16 000 Krankengeschichten einer eingehenden Nachprüfung unterzogen habe, unter welchen er beiläufig 1200 paranoide Formen fand, doch keine einzige, welche in den Rahmen der von *Kraepelin* festgestellten Paranoia sich einfügen ließe. *Eisath* erwähnt, daß aus dem Krankenmaterial der tiroler Irrenanstalt zu Hall unter den Krankengeschichten der Jahre 1903/1913 von 3500 Fällen 75 als Paranoia diagnostiziert wurden, doch nach genauer Durchsicht fand sich bloß ein einziger, welcher als Paranoia im Sinn *Kraepelins* anzusprechen wäre, doch auch dieser einzige nicht mit voller Bestimmtheit! Seiner Ansicht nach müßte der Begriff der Paranoia erweitert werden und in denselben alle Fälle der Paraphrenia systematica eingereiht werden, welche nicht zur Verblödung führen. Wohl akzeptiert er die von *Kraepelin* festgestellten Kennzeichen der Paranoia, hält es aber für nötig, hinzuzufügen, daß die Wahnideen nicht bloß auf kombinatorischem Wege, sondern auch aus Halluzinationen entstehen können.

Neuerdings hat *Birnbaum* die Frage der Paranoia einer eingehenden Analyse unterzogen und wünscht die Annahme einer neuen Grundlage, derjenigen des eigenartigen paranoischen Wahntyps. Man müsse von den bisher angenommenen Kennzeichen der Paranoia absehen, als welche zu betrachten wären der besondere Verlauf, Ausgang, Auslösungsart, wie denn auch die somatischen Entzündungsprozesse einzelner Organe verschiedenen Verlauf (akuten, subakuten, chronischen), Schwankungen, Ausgänge (volle Heilung, Defektheilung, Dauerveränderungen) aufweisen können, ohne daß die Krankheitform, ihre Einheit und Charakter bezweifelt werden dürften. Er hebt ferner hervor, daß die Paranoia eigentlich nicht durch einen einheitlichen Verlauf und Ausgang, sondern durch die Fähigkeit zu den verschiedensten Ablaufsformen gekennzeichnet wird. Nach seiner Ansicht wären in die Paranoiagruppe alle jene Krankheitfälle einzubeziehen, „bei denen es auf einem pathologisch vorbereiteten Boden von be-



stimmter psychologischer Eigenart (Verschiebung der seelischen Gleichgewichtsverhältnisse) zu einseitig fixierter Gefühlsbetonung und damit zu ständiger Heraushebung und inhaltlicher Verfälschung gewisser Vorstellungskreise kommt, jede weitere logische und assoziative Gedankenarbeit nun im Sinne und zugunsten dieser einseitig herausgehobenen Fehlanschauungen erfolgt und so mit psychologischer Folgerichtigkeit sich immer weitergehende Urteilsfälschungen entwickeln, ohne daß der Krankheitprozeß während seines ganzen Verlaufes durch Elemente beeinträchtigt würde, die seiner eigenartigen Grundlage und seinen Mechanismen wesensfremd sind. Ein bestimmter Verlauf und Ausgang liegt nicht im Wesen dieser Krankheitform, ebensowenig wie eine bestimmte degenerative Grundlage und das Bestehen oder Fehlen eines auslösenden psychischen Faktors zu den unbedingten Voraussetzungen der Erkrankung gehören".

Nach meiner Ansicht, welche ich bereits an anderer Stelle dargelegt habe, ist es dem derzeitigen klinischen Bedürfnis vollkommen entsprechend und motiviert, jene Krankheitfälle, in denen das vorherrschende Symptom die Wahnbildungen sind, in drei Gruppen einzuteilen, und zwar wären zu unterscheiden: die Paranoia, die paranoide Geistesstörung oder die Paraphrenie, und schließlich die paranoide Form der Dementia praecox. Aber gegenüber der Auffassung *Kraepelins* muß der Begriff der ersteren erweitert, derjenige der zweiten etwas eingeengt werden. In das Krankheitbild der Paranoia gehören auch alle jene Fälle, welche mit Halluzinationen einhergehen, ansonsten aber den Charakter derselben aufweisen, also auch die Paraphrenia systematica *Kraepelins*. Auch bei dieser finden wir die für die Paranoia so bezeichnenden, sich auf endogener Grundlage langsam und ständig entwickelnden Wahnbildungen von welchen — nach *Kraepelin* — zuerst der Verfolgungswahn auftritt, dem sich erst später der Größenwahn, ohne Auflösung der psychischen Persönlichkeit, zugesellt. Die primäre Entwicklung des Verfolgungswahns kann aber um so weniger ein differentielles Zeichen sein, weil derselbe bekanntlich mit dem Größenwahn gleichzeitig und koordiniert, einer vom andren unabhängig, in wechselnder Reihenfolge und zumeist ohne Erklärungsversuche, ohne Forschen nach einem ursächlichen Zusammenhang auftreten kann. Auch diese Form kann, wie *Kraepelin* in der 8. Ausgabe seines Lehrbuches angibt, längere Zeit,



Jahrzehnte hindurch unverändert bestehen und erst um vieles später ohne anscheinende Störung des Willens und ohne gemütliche Verstumpfung in ein psychisches Siechtum übergehen. Aber genau dieselbe Einschrumpfung der psychischen Sphäre gibt er auch zu bei der die Paranoiasymptome am reinsten und charakteristischsten darstellenden quärulierenden Form, indem er in seiner obenerwähnten Arbeit „Über paranoide Erkrankungen“ wörtlich sagt: „Erst nach langjähriger Dauer findet eine Einengung der Vorstellungskreise, eine gewisse Abstumpfung der gemütlichen Regsamkeit und ein Erlahmen des Willens statt.“ Im Wesen ist aber all dies nichts anderes als ein verschönerndes Synonym eines Erschlaffens der geistigen Kraft, einer Dekadenz, einer weitumgrenzten, vielfältige Färbungen aufweisenden psychischen Abschwächung. Jene gemütlichen Schwankungen, wechselnden Handlungsreaktionen, welche *Kraepelin* im Verlauf der Paraphrenia systematica beschreibt, können sich zeitweise unter dem Einfluß einer jeden paranoischen Wahnbildung einstellen. Ich teile gänzlich die Erfahrung *Hößlins*, wonach wir kaum einen reinen Paranoiafall finden können, in welchem Halluzinationen oder Illusionen nicht in geringerem oder höherem Grade nachweisbar wären. Ja, ich vermochte dieselben während meiner langjährigen forensischen Tätigkeit auch bei einem Teile der quärulierenden Formen wenigstens spurenweise aufzufinden.

Die **Paranoia** ist trotz ihres mangelnden anatomischen Substrates eine wohlumschriebene Krankheitform von endogener Natur. Ihre Grundlage ist — was ich auf Grund vieljähriger Erfahrung auch meinerseits bestätigen kann — die psychopathische Konstitution, deren vom normalen psychischen Durchschnitt abweichende Besonderheit sich bereits in frühen Jahren zeigen kann, aber erst in einem gewissen psychischen Entwicklungstadium, wenn neben den erworbenen Kenntnissen die kombinative Tätigkeit schärfer wird, einen sich in charakteristischen Erscheinungen äußernden pathologischen Grad erreicht. Der Kranke verliert nicht die Lebhaftigkeit der Auffassung und Perzeption, doch leidet seine Fähigkeit, die erworbenen Eindrücke richtig zu werten, aber auch dies nicht vollständig und nach jeder Richtung, sondern bloß in den seine Persönlichkeit in positivem oder negativem Sinne betreffenden Beziehungen. Immerfort schreibt er den Reizen einen zu großen oder zu geringen Inhalt zu. Die irreale

Wertung derselben bringt nun einen durch Umstände und Verhältnisse nicht bedingten Zug der Selbstüberschätzung hervor, und er sieht die Fäden dieser hypertrophierten Subjektivität weit über die erlaubten Grenzen der Norm verbreitet. Oft projiziert er die Empfindungen und Gedanken seiner veränderten Individualität in die Außenwelt und supponiert dort die fördernden und hemmenden Faktoren derselben. Das Wesen der Paranoia ist in einer primären Veränderung des intellektuellen Kreises zu suchen, welche nicht als eine, im alltäglichen Sinne genommen, geistige Schwäche anzusprechen ist, weil ja der Kranke zu einer Entwicklung seines geistigen Lebens, zur Erwerbung und Bewahrung der seiner Bildung und Erziehung entsprechenden Kenntnisse, zur Aneignung von neueren, zu präzisen Assoziationsschlüssen, zu geordneten Reaktionen des Willens und Handelns befähigt ist. Infolgedessen eignet sich der Kranke längere Zeit zur Erfüllung eines gewissen Arbeitskreises und zur Einfügung in eine soziale Ordnung. Der affektive und Gefühlsfaktor ist bloß sekundär, haftet jedoch innig an der geformten Vorstellung. Die Grundbedingungen der physiologischen und pathologischen Irrungen sind wohl verschieden, aber ihr Mechanismus bleibt der gleiche. Erstere werden durch eine sich in physiologischen Grenzen haltende Disposition (Empfindlichkeit des Charakters, Voreingenommenheit, Vorurteil usw.), letztere durch eine speziell vorbereitete pathologische Basis gefördert. Bei der physiologischen Irrung schließt sich der an die assoziative Kette herantretende Reiz an irgendeine Vorstellung, welche eine innere oder äußere Verwandtschaft oder Ähnlichkeit besitzt, aber das verfälschte Urteilsprodukt wird unter dem Einfluß später auftretender Motive korrigiert; bei der pathologischen Irrung aber ist die Grundlage entweder irreell oder sehr trüb, und gewinnt die gemachte Schlußfolgerung einen unabänderlichen, endgültigen Wert. Eine in größerer Gesellschaft gemachte unschuldige und humoristische, keineswegs auf Anwesende gemünzte Bemerkung über einen körperlichen oder sonstigen Fehler betrachtet der zufällig ähnlich Behaftete als Anspielung und Verhöhnung. An diese primäre intellektuelle Aktion schließt sich unmittelbar sekundär die negative Empfindung an, welche je nach dem individuellen Temperament zu verschiedenen Affektfärbungen ansteigen kann, insbesondere dann, wenn auf Grund der Irrung der Ursprung der gehörten Bemerkung, ihr Verhältnis zur eignen Person, Absicht

und kausaler Nexus zum Gegenstand eingehender Erwägung gemacht werden. Sobald aber die Irrung durch entsprechende Motive ihre Grundlage einbüßt, verschwindet die korrigierte Vorstellungserie aus dem Bewußtsein. Die abnorm konstruierte und reagierende Psyche des Paranoikers aber folgert aus den für ihn eigentlich ganz indifferenten Reizen, Erscheinungen und Geschehnissen, welche mit seiner Person in keinerlei Zusammenhang stehen, ihn speziell betreffende Beziehungen und ist nicht imstande, seinen Irrtum zu korrigieren. Der Paranoiker reagiert auf die durch aktuelle Perzeption gegebenen, aber fälschlich beurteilten Eindrücke in ebensolcher Weise, wie dies im normalen physiologischen Zustande geschieht, doch bloß in intensiverer Weise, wodurch die Eindrücke in seiner Erinnerung stärker haften und sich mit größerer Energie an die Bewußtseinsschwelle drängen. Es ist ja eine Erfahrungstatsache, daß die Reize um so stärkere Eindrücke im Gehirn hervorrufen, je lebhaftere Affekte sie begleiten. Beim Paranoiker ist aber die Gefühlsbetonung um vieles stärker als beim normalen Individuum, und damit ist auch die Reaktion der Stimmung eine lebhaftere. Und auf diese Weise geschieht es, daß die Fähigkeit zur realen Wertung der Reizeindrücke beim Paranoiker bedeutend geringer ist.

Auf die Entwicklungsrichtung der Krankheit im Sinne des Inhalts der Wahnbildungen sind in erster Reihe die individuellen Besonderheiten von Einfluß. Ist der paranoische Habitus durch rechthaberische, unfriedfertige, rabulistische, haarspalterische, sich Motiven nie ergebende, präpotente Charakterzüge vorbereitet, dann pflegt sich die quärulierende Form zu entwickeln, wozu noch die verschiedenen Phasen des Prozessierens die günstigste Gelegenheit bieten. Wie *Hitzig* richtig bemerkt, ist der Grund der Krankheitentwicklung nicht in den Reibungen, welche sich während der Rechtspflege ergeben, noch in den sich der persönlichen Geltendmachung entgegenstellenden Hindernissen gelegen, sondern in der endogenen Disposition, auf Grund welcher das Gehirn bereits in dem Sinne pathologisch vorbereitet ist, daß eine Gelegenheitsursache den Wahn der Rechtschädigung zur Auslösung bringt und mit ganz eigenartiger Färbung und Inhalt versieht. In einer von früher Kindheit an mißtrauischen, argwöhnischen, verschlossenen Person kommt später der Verfolgungswahn, bei sich in phantastischen Träumereien ergehenden, mit den



bestehenden gesellschaftlichen, moralischen und religiösen Weltanschauungen unzufriedenen und dies in weitschweifigen Denkschriften zum Ausdruck bringenden Personen kommt der Größenwahn zum Ausdruck, wie dies ja in vielen Fällen das eingehende Studium der Vorgeschichte beweist. Mitunter aber kommen beide Färbungen zum Vorschein, entweder koordiniert oder aber im Wege einer logischen Verbindung und Erklärung (z. B. die Suche nach der Ursache der Verfolgungen). Bei der abnorm konstruierten paranoischen Psyche werden phantastische Wünsche, Sehnsuchten, Bestrebungen in der sich sukzessive umgestaltenden Seelenwelt langsam als realisierte Vorstellungen fixiert, und diese verfälschen das Bewußtsein. In diesem Sinne werten sie nun die Geschehnisse der Außenwelt und beziehen dieselben auf sich entweder als günstiger oder ungünstig nach Form und Inhalt. Die Lockerung der realen Urteilsfolgerung wird dann noch durch Traumbilder verstärkt, welche sich zu besonderem Wert erheben und in die tatsächlichen Ereignisse verwoben werden. Die paranoischen Wahnbildungen entwickeln sich langsam auf kombinativem Wege, formieren sich dann, in jedem Detail ausgearbeitet, zu einem System, und der Kranke ist bestrebt, dieselben mit seinem Vorleben, Verhältnissen und Zukunftsträumen in Zusammenhang zu bringen. Sie werden mit seiner Persönlichkeit innig verschmolzen; Verwirklichungsbedingungen und Hindernisse seiner seelischen Kämpfe, Träume, Bestrebungen gelangen in ihnen zum Ausdruck und so lenken sie immer mehr sein Denken, Wollen und Handeln. Aber trotz veränderter Weltanschauung findet kein Zerfall der psychischen Einheit statt, normale und pathologische Eigentümlichkeiten halten, innig miteinander verschmolzen, dieselbe zusammen, und der Kranke ist zu geordneter, zielbewußter, psychischer und motorischer Funktion befähigt. Die Wahnideen bestehen gewöhnlich während des ganzen Lebens mit einer unerschütterlichen Hartnäckigkeit, bloß im Verlauf der Jahre kann es zu einer geringen Abblassung kommen, wobei der Gedankenkreis der Kranken eingeengt und ihre psychische Fruchtbarkeit vermindert erscheinen kann. Der Verlauf der Paranoia ist chronisch. Die Wahnideen bilden sich primär aus und werden höchstens von Halluzinationen und Illusionen unterstützt. In manchen Fällen treten die Halluzinationen überhaupt nicht oder bloß verblaßt und seltener auf, während dieselben sich in andern Fällen stärker zeigen



und die Wahnideen lebhaft färben und inhaltreicher gestalten. Außer den körperlichen Anzeichen der Degeneration pflegen bei der Paranoia motorische und sensible Ausfallerscheinungen, wie Störungen der Motilität, der Sensibilität und der reflektorischen Erregbarkeit nicht vorzukommen, oder solche tauchen bloß als akzidentelle Erscheinungen auf.

Die paranoide Geistesstörung oder Paraphrenie ist wohl ähnlich der Paranoia, unterscheidet sich aber von derselben sowohl in der Ätiologie als auch durch die eigenartige Entwicklung der Krankheiterscheinungen, durch ihre Natur und Ausgang. Dieses Leiden entwickelt sich zumeist bei einem prädisponierten, vulnerableren Gehirn, manchmal auf Grund eines psychischen Defektes, andermal auf der Grundlage der senilen Rückbildung, klimakteriellen Involution oder aber arteriosklerotischer, syphilitischer, toxischer (zumeist Alkohol, Morphin, Kokain) Veränderungen oder psychischer Einwirkungen. Die das Krankheitbild charakterisierenden Wahnideen entwickeln sich nicht mit jener ausgemessenen Konsequenz und Sicherheit wie bei der Paranoia, sondern entstehen und verschwinden oft plötzlich ohne jedes vorbereitende Stadium, und wenn sie sich auch fixieren, sind sie kaum oder überhaupt nicht so systematisiert, wie bei der Paranoia, in keinem harmonischen Zusammenhang mit der Persönlichkeit, an welche sie bloß durch lose Fäden geknüpft erscheinen. Meist sind sie in Zusammenhang mit Erinnerungsfälschungen, Halluzinationen und Illusionen, werden durch Halluzinationen und aktuelle Wahrnehmungen erweckt und geleitet (so z. B. bemerkte einer meiner Kranken, als er die stark vorgewölbte Spitze an den Schuhen des Arztes erblickte, daß dieser die geraubten Goldstücke dort berge; ein anderer hörte in der Klinik die Stimme und das Schluchzen seiner Tochter, was momentan jenen Wahn hervorrief, daß man seine Tochter dort eingekerkert, geschlagen und gequält habe); auch sind die Wahnideen meist vielgestaltig, sinnlos, abenteuerlich, mystisch, verbleiben aber auch in einzelnen Fällen in isolierter Form und mit ebensolchem Inhalt während des ganzen Krankheitverlaufes. Dabei können die Kranken, abgesehen von der Wahnbildung, ziemlich lange eine anscheinend normale Ungestörtheit des Denkens und Ordnung im Handeln bewahren, auch leiden weder Auffassung noch Erinnerungsfähigkeit in auffallender Weise. Während der Paranoiker seine durch

die Wahnideen bedingten Ansichten und Handlungen in einer seinem Standpunkt entsprechenden Art zu motivieren weiß, geschieht dies bei der Paraphrenie unvollkommen, oft unlogisch, unsinnig, unannehmbar, mitunter auch überhaupt nicht. Der Paranoiker bewahrt lange die Fähigkeit zur Selbstdisziplin, beschränkt sich lange auf das bloße Beobachten der seine Person und die Außenwelt betreffenden vermeintlichen Veränderungen, reagiert höchstens mit Mißtrauen und Verschlossenheit, und erst in späteren Stadien der Krankheit zeigen sich lebhaftere Affekte, Ausbrüche von aggressiven oder verteidigenden Handlungen. Bei dem Paraphreniker aber lösen die auftauchenden Halluzinationen und Wahngebilde sofort lebhafte motorische und Stimmungsreaktionen aus, und es zeigen sich unter ihrem Einfluß Aufregungen, Depressionen, gehobene Stimmung; die Kranken lamentieren, fordern, verlangen Genugtuung. Sie verheimlichen nicht ihre Gedanken, Empfindungen und Pläne und sind bestrebt, dieselben auch in gewalttätiger Weise zu verwirklichen; es mangelt ihnen die alle Verhältnisse und Umstände erwägende paranoische Bedachtheit und mißtrauische Zurückhaltung. Erst in späteren Stadien der Krankheit verfallen sie in einen Zustand der Passivität und erklären ganz indifferent, daß sie auf die unangenehmen Bemerkungen bereits keinerlei Gewicht legen. Dabei aber kann man, insbesondere zur Zeit der Demenzentwicklung, bemerken, daß die Stimmung nicht mit dem Inhalt der Halluzinationen und Wahnbildung harmoniert, indem die Kranken ihre unangenehmen Sinnestäuschungen und die verschiedensten Verfolgungen mit heiterer Miene und lächelnd erzählen. Dem gegenüber jedoch ist die expressive Reaktion des Paranoikers stets adäquat dem aktuellen psychischen Inhalt. Die Paraphrenie kann auch akut verlaufen und in Heilung übergehen, ist aber zumeist chronisch, zeigt häufige Schwankungen, Abblassungen oder subakute Nachschübe und endet stets mit einer mehr minder ausgesprochenen Demenz.

Die paranoide Form der Dementia praecox ähnelt in der Art der Entwicklung, der phantastischen und wechselnden Form der Wahnbildungen und schließlich bezüglich des dementen Endstadiums in vielem der Paraphrenie, jedoch tritt hier der geistige Verfall, die eigenartige, eben für die Dementia praecox bezeichnende Form der Demenz viel rascher ein, welche sich in einer Abstumpfung

der Empfindungen und des gemütlichen Lebens, in einer Trübung des Mitgefühls, des sozialen Anstands- und Schicklichkeitsgefühls, des Pflichtgefühls, der ziel- und zweckbewußten Handlungen und der Empfänglichkeit für harmonisches Handeln und Streben, schließlich in unzweckmäßigen, unzeitgemäßen, unmotivierten, unerwartet aufbrausenden Denkungs- und Handlungsbezeigungen und Ausbrüchen äußert. Der Kranke vermag aber eine größere Menge der erworbenen Kenntnisse zu bewahren, dieselben auch durch neue zu vermehren, Merkfähigkeit und Erinnerung können ziemlich gut bleiben, wobei er mit sinngemäßen Handlungen und Äußerungen die unsinnigsten vermengen kann. Nur im Endstadium des recht langwierigen Krankheitverlaufes wird der geistige Verfall ein allgemeiner und intensiver. Die Dementia praecox entwickelt sich meist in jüngerem Alter, vor dem 25. Lebensjahr, während die Paraphrenie meist in vorgeschrittenem Alter zum Ausbruch gelangt; auch wird die erstere oft von stürmischen, an andere psychische Erkrankungen (z. B. an manisch-depressives Irresein) gemahnende Erscheinungen eingeleitet. Die Grundlage der Entwicklung liegt meist in der angeborenen hereditären Belastung, in Hirndefekten mit geistiger Schwäche, ferner in verschiedenen äußeren Ursachen (Schädelverletzung, Lues, Infektionen usw.). Die Wahnideen sind meist vielgestaltig, vielfach gefärbt, rhapsodisch wechselnd, phantastisch, unsinnig, bizarr, haben einen hypochondrischen, Verfolgungs-, Größen-, erotischen und hauptsächlich sexuellen Inhalt, und losen Zusammenhalt. Ganz besonders eigenartig fällt in die Augen der häufige sexuelle Zug, welcher sich zwar auch in anderen, so auch in den vorerwähnten Geistesstörungen zeigen kann, nie aber mit einer so bizarren, abstoßend zynischen Widerwärtigkeit wie bei der Dementia praecox. Einer meiner männlichen Kranken onanierte z. B. vor seinen Mitkranken, was er ohne jedes Schamgefühl und Betroffenheit lächelnd damit motivierte, daß er seiner Umgebung eine Unterhaltung bereiten wolle. Eine andere, weibliche Patientin strickte vor den Augen der andern Patientinnen männliche Geschlechtsorgane.

Von der ihr oft recht ähnlichen Paraphrenie unterscheidet sich diese Psychose einerseits durch die eben erwähnten Besonderheiten, namentlich aber durch die sich in den verschiedenen Krankheitstadien oft in grober Weise zeigenden schizophrenen Symptome (Abstumpfung des emotiven, sozialen, Scham- und Ekelgefühls, Manieriert-



heit, Bizarrheit, Zerfahrenheit des Gedankenganges, rhapsodisches Handeln, Willenstörungen, zeitweise auftauchende Stereotypien, Negativismus, katatone Erscheinungen usw.) *Fauser*, *Kaffka* u. a. halten in zweifelhaften Fällen eine mit der *Abderhalden*schen Methode nachweisbare Stoffwechselstörung für diagnostisch wertvoll, deren Grundlage in einer bei der Dementia praecox supponierten Dysfunktion der inneren Geschlechtsdrüsen (Ovarien, Hoden) und der Schilddrüse zu suchen wäre.

Wesentliche Unterschiede ergeben bei der Paranoia und den beiden andern psychischen Erkrankungen die Assoziationsprüfungen. Dieselben erinnern bei der Paranoia in vielen Beziehungen an die Resultate bei normalen Personen. Im allgemeinen charakterisiert den normalen Menschen die Reaktion mit kurzen Worten und bewegt sich der Durchschnitt derselben zwischen 0,5 und 1,5 Sekunden.

Der Paraphreniker, in dem von mir oben beschriebenen und umgrenzten Sinne, webt in die zumeist umfangreichen Reaktionsantworten seine Halluzinationen und Wahnideen hinein, wobei die Aufmerksamkeit unter dem Einfluß derselben leicht abgelenkt werden kann. Dieser letztere Umstand, ebenso auch die zeitweise schärfere und affektive Stimmungsreaktion bewirken oft eine merkbare Verlängerung der Reaktionszeiten. Im späteren Stadium oder bei vorgeschrittenem geistigen Verfall zeigt sich die Einschränkung des Vorstellungskreises und die rasche Ermüdbarkeit in einer echoartigen (Wiederholung des gehörten Wortes), perseverierenden, verneinenden oder bejahenden, eventuell leeren (antwortlosen) Reaktion. Bei den schizophrenen Zuständen, also auch bei der paranoiden Dementia praecox, finden wir häufig eine Vermengung sinngemäßer Worte mit sinnlosen, grammatikalische oder syntaktische Variationen, bizarre Redewendungen, Wortspiele, Wortergänzungen, Gekünsteltheit, einen humoristischen und schamlosen Zug, oft anderssprachige Antworten, manchmal auch Beziehungen auf zeitweise auftauchende Halluzinationen und Wahnideen. Bei stärker ausgesprochenen Verblödungszuständen finden wir häufiger leere, bejahende oder verneinende Reaktionen.

Zum Vergleich reproduziere ich nachstehende Daten aus meinen eigenen Untersuchungen. Bei diesen benutzte ich die akustische (Wort-) Methode, und die Kranken mußten auf das ausgesprochene

Reizwort sofort das antworten, was ihnen eben einfiel. Die Reaktionszeit, welche zwischen Aussprache des Reizwortes und der erfolgten Antwort verstrich, haben meine Assistenten mit der Fünftelsekundenuhr festgestellt. Speziell will ich noch betonen, daß — wie dies immer der Fall ist — ich besonders darauf bedacht war, jeden störenden Faktor, jede suggestive Beeinflussung auszuschließen und möglichst vollkommene Ruhe und den geeignetsten Zustand der Kranken zu wählen. Der Negativismus der Dementia praecox, ebenso auch ein Aufregungszustand bei der Paraphrenie, können jedes orientierende Ergebnis ausschließen.

I. Paranoia (gewerbetreibender Mann).

Reizwort	Reaktionszeit in Sek.	Antwort
Traurigkeit	1,6	Lustigkeit.
Schmerz	1,4	Kummer.
Leiden	1,2	Sorge.
Unglück	1,0	Freude.
Elend	2,0	Glückseligkeit.
Bettelstab	2,0	Herrscherstab.
Beerdigung	1,4	Geburt.
Grab	1,8	heult.
Tod	2,4	Heirat.
Sünde	1,6	Tugend.
Strafe	1,4	Belobung.
Verachtung	1,8	Lob.
Gute Laune	1,6	Traurigkeit.
Freude	1,0	Kummer.
Gelächter	1,2	Weinen.
Glück	2,2	Unglück.
Reichtum	1,6	Armut.
Vermögen	2,0	Vermögenslosigkeit.
Unterhaltung	2,0	Traurigkeit.
Hochzeit	1,6	Begräbnis.
Tanz	2,2	Sitzung.
Langes Leben	1,2	kurzes Leben.
Belohnung	1,2	Strafe.
Auszeichnung	1,8	Zurechtweisung.
Stube	1,2	Fenster.
Tisch	1,0	Tür.
Stuhl	1,0	Hof.
Bett	2,6	Mensch.
Fenster	1,2	Speichel.

Reizwort	Reaktionszeit in Sek.	Antwort
Spiegel	1,0	Ecke.
Kiesel	1,8	Tisch.
Kot	1,4	Fluß.
Schnee	1,2	Regen.

II. Paranoide Geistesstörung. Paraphrenie (Handwerkersfrau).

Reizwort	Reaktionszeit in Sek.	Antwort
Traurigkeit	2,4	ich verstehe dies alles.
Schmerz	2,4	keinerlei Schmerz, bloß das, was Sie mir hier in das Gesicht machten.
Leiden	2,2	sehr viel.
Unglück	2,4	warum?
Elend	5,2	davon habe ich wahrlich genug.
Bettelstab	3,6	jawohl, Bettlerin.
Beerdigung	2,2	weil ich zur Beerdigung meiner Mutter 20 Gulden gegeben habe.
Grab	5,2	ja, das Grab machen Sie nur recht tief.
Tod	4.8	den habe ich nicht, im Krankenhaus.
Sünde	1,2	auch das, wenn sich der Mensch von Gott entfernt.
Strafe	1,1	wenn es Gott beliebt, sie aufzuerlegen.
Verachtung	1,8	wem? dem Gott?
Gute Laune	1,2	ich will dem Herrn dienen.
Freude	1,8	Freude und nicht Lustbarkeit.
Gelächter	2,2	Lachen.
Glück	1,8	das Glück ist mitunter kokett.
Reichtum	1,8	Reichtum.
Vermögen	3,2	habe ich sehr viel.
Unterhaltung	2,8	nach dem heiligen Willen des Herrn.
Hochzeit	0,3	genau vor 29 Jahren.
Tanz	1,0	unterbrochen.
Langes Leben	1,0	wenn es dem Herrn beliebt.
Belohnung	0,5	Geschenk.
Auszeichnung	1,5	bitte anzusehen, wie meine Schürze zerfetzt ist.
Haus	1,0	Stube.
Stube	4,0	(wendet eine Zeit ihren Kopf beiseite, lächelt, halluziniert) — Stube.
Garten	1,5	die Hälfte gehört mir.
Hof	1,0	geht mich nichts an.
Spiegel	1,5	Spiegel.



Reizwort	Reaktionszeit in Sek.	Antwort
Spaten	1,0	„motika“ (slawisch), gehört zum Graben.
Schuh	1,2	Stockträger.
Tischdecke	2,0	dort sind deren neun.
Kiesel	1,0	Kiesel bleibt Kiesel.
Kot	1,5	jetzt gibt es keinen.
Bach	1,5	kleiner Bach, großer Bach.
Schnee	1,0	gut, mag es schneien.

III. Dementia praecox paranoides (Universitätshörer).

Reizwort	Reaktionszeit in Sek.	Antwort
Traurigkeit	1,5	Fliegenpilz.
Schmerz	2,3	dolor.
Leiden	2,5	Sie sind ein ritterlicher Mann?
Unglück	2,0	Unglück? Gestern gab es einen herrlichen Regenbogen.
Elend	2,5	Nachtasyl.
Bettelstab	2,1	bin ich selbst.
Beerdigung	2,4	Beethovens Trauermarsch.
Grab (ung. „sír“)	1,3	sír? Sir, mein Herr, ja. (Spricht das Wort mit englischer Aussprache aus.)
Tod	4,0	Heine oder ein syphilitischer Fisch.
Sünde	3,0	Schade (ung. „kár“), Descartes, Pekár (Name eines ungarischen Schriftstellers).
Strafe	2,5	die ägyptische Strafe, sind Sie der Sohn Pharaos?
Verachtung	2,5	bumm.
Gute Laune	2,2	Lilienthal.
Freude (ung. „öröm“)	2,5	gut, gut Nagel (ung. „köröm)“.
Gelächter	4,0	Nervenanfall, periodische Herzkrämpfe.
Glück	3,0	Apoplexie.
Reichtum	2,4	t izé, t toj (sinnlos) oder wie?
Vermögen	2,6	also beginnen wir vorne. Macchiavelli.
Unterhaltung	1,4	man muß alles mit Wollust tun.
Hochzeit	5,0	Mädchenmarkt (auch Titel einer ungarischen Operette), sieht meiner Braut ähnlich.
Tanz	3,0	davon war bereits die Rede, rhythmische Bewegung.
Langes Leben	2,0	nur einpacken.
Belohnung	2,1	alle drei wurden gehängt.



Reizwort	Reaktionszeit in Sek.	Antwort
Auszeichnung	2,5	tausend Goldstücke hat Doktor Sámson erhalten, das war ich.
Haus	1,2	war ein Jahr hindurch in Kufstein eingekerkert.
Stube	2,0	Rákóczi-Marsch.
Garten	2,5	hier unten ist auch einer.
Hof	2,2	Fliegender Holländer.
Spiegel	3,0	Augenspiegel, Helmholtz.
Spaten	2,5	Alpha ist gleich mit Omega.
Schuhe	5,0	jetzt langweilt mich schon die Geschichte. Krokodile kommen mir in den Sinn.
Tischdecke	2,1	tosz (Reim auf „abrosz").
Kiesel	2,5	drinnen, Saphir ist in Smaragd umgesetzt.
Kot	2,5	Odontin.
Bach	3,0	Möwen, Schlangen, Walküre.
Schnee	2,5	Schnee, Edelweiß.

Im Paranoiafalle ist die Reaktionszeit ziemlich normal und bewegt sich im Rahmen des Durchschnittes, wohingegen sie in beiden andern Fällen stark schwankt, weil sowohl Halluzinationen als auch einzelne stärker gefühlsbetonte Vorstellungen die Aufmerksamkeit ablenken. Es fällt ferner namentlich bei der Paraphrenie die stark zerfließende Reaktionsantwort auf. Letztere verrät auch an mehreren Stellen den im Krankheitbilde ausgesprochenen religiösen und Verfolgungswahn wie auch die Halluzinationen. Die Kranke behauptet nämlich, daß man ihr Gesicht nachts mit ätzendem Fett, mit Benzin beschmiere, weshalb sie sich abends vor das Gesicht eine Papiermaske bindet, dann, daß man in ihre Speisen Urin, Salmiak und Speichel hineingibt, daß man sie verfolgt, beschimpft, verhöhnt, daß sie auch die Stimme Gottes hört, dessen Auserwählte sie ist. Der an Dementia praecox leidende Kranke, welcher verschiedene lose zusammenhängende erotische, hypochondrische, Verfolgungs- und Größenwahnideen hat und halluziniert, läßt namentlich die verschiedenen schizophrenen Züge in bezeichnender Weise zum Ausdruck kommen. Die Antworten würden einigermaßen an einen manischen Zustand gemahnen, doch wird die Manie durch eine nie ermüdende, meist heitere Erregung und eine unhemmbare Neigung zur Assoziation, zur Gedankenflucht und Verflachung derselben charakterisiert. Aus diesen Gründen ist dort die



Assoziationsreaktion außerordentlich weitschweifig. Die den geschilderten ähnlichen Daten geben die an Dementia praecox leidenden Kranken ohne jede Emotion, meist mit wichtigtuerischer Miene.

Literatur.

Berze, Das primäre Symptom der Paranoia. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906.

Birnbaum, Über vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis. Ztlbl. f. Nervenheilk. 1908.

Birnbaum, Zur Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 29, H. 3—4.

Bleuler, Affektibilität, Suggestibilität, Paranoia. Halle 1906.

Böge, Die periodische Paranoia. Arch. f. Psych. 1908, Bd. 43.

Bonhöffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten H. 7.

Bresler, Zur Paranoiafrage. Psych.-neurol. Wschr. 1901.

Bumke, Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Ztlbl. f. Nervenheilk. 1909.

Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 51.

Eisath, Paranoia, Querulantenwahn und Paraphrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 29, H. 1.

Fischer I., Führt die Paranoia zur Verblödung? Gyógyászat 1906.

Friedmann, Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 17.

Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1846.

Hitzig, Über den Querulantenwahnsinn. 1895.

Hößlin, Die paranoiden Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 18, H. 3.

Kleist, Die Involutionsparanoia. Allg. Ztschr. f. Psych. 1913, Bd. 70.

Kraepelin, Über paranoide Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 1912, Bd. 11, H. 5.

Kraepelin, Psychiatrie 1913, Ausg. 8, Bd. 3.

Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1903. 7. Ausg.

Lechner, Über Impressionen. Mitteilungen der ung. philosophischen Ges. 1913, 47. u. 48. H.

Lehmann, Paranoia, Affekt und Verfolgungswahn, Größenwahn. Psych.-neurol. Wschr. 1909.

Maier, Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 1912, Bd. 13, H. 5.



Marguliés, Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1901, Bd. 10.

Mendel, Leitfaden der Psychiatrie 1902.

Moravcsik, Psychiatrie. 1913. (Ungarisch.)

Moravcsik, Diagnostische Assoziationsuntersuchungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68.

Neißer, Paranoia und Schwachsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 53.

Pick, Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. Neurol. Ztlbl. 1902.

Salgö, Noch einmal Paranoia und Schwachsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 53.

Sandberg, Beiträge zur Charakteristik der Wahnideen bei chronischen Verrückten. 1887.

Sandberg, Zur Psychopathologie der Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 52.

Schnizer, Die Paranoiafrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 8, H. 4—5.

Schnizer, Zur Paranoiafrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. Bd. 27, H. 2.

Schüle, Klinische Psychiatrie. 1886.

Sommer, Paranoia. 1906.

Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894.

Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Ztlbl. f. d. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

Stransky, Die paranoiden Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 18, H. 3.

Tiling, Zur Paranoiafrage. Psych.-neurol. Wschr. 1901.

Wernicke, Grundriß der Psychiatrie. 1906.

Weygandt, Zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych. Bd. 47.

Wilmanns, Zur klinischen Stellung der Paranoia. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910.

Ziehen, Psychiatrie 1911, 4. Ausg.

Eine ausführliche Literaturangabe der Paranoiafrage enthält *Schnizer*s zusammenfassende Studie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 8, H. 4—5.



Unfall und Paranoia.

Von

Dr. med. **W. Tintemann,**

Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück.

Mendel[1]) hat 1909 versucht, den Querulantenwahnsinn und die „Neurasthenia querulatoria" bei Unfallverletzten nicht dem Unfall als solchem, sondern dem Unfallversicherungsgesetz zur Last zu legen.

Er führte aus, daß ein Unfall bei einem bis dahin gesunden und speziell psychisch intakten Individuum eine Paranoia querulatoria nicht verursachen, daß dagegen wohl ein Trauma eine bestehende, doch vielleicht noch schlummernde Paranoia verschlimmern könne, und empfahl in allen Fällen, in denen eine „traumatische Neurose" mit einiger Sicherheit Unfallgesetzfolge und nicht Unfallfolge ist, Ablehnung der Rentenansprüche. Die Frage der „latenten Geistesstörung" und ihrer Beziehungen zum Unfall ist schon vorher in einem Referat über die akute Verschlimmerung von Geistesstörungen durch Unfälle von *Weber*[2]) ausführlich behandelt worden. Der Autor kommt zu dem Schluß, daß objektive Beweise dafür, daß eine funktionelle Psychose schon vor dem Unfall vorhanden war, in den meisten Fällen nicht zur Verfügung stehen und deshalb auch der Begriff der Verschlimmerung hier nicht angewendet werden kann, daß vielmehr, wenn überhaupt ein Zusammenhang zwischen Unfall und Psychose zu erweisen ist, dem Unfall die ganze Schuld an der Erkrankung beizumessen ist. „Nur bei einer Psychose von querulatorischem Charakter, die auf dem Boden der Degeneration und leichter geistiger Schwäche nach Unfällen gelegentlich entsteht, kann man den tatsächlichen Verhältnissen manchmal dadurch Rechnung tragen, daß man eine Verschlimmerung annimmt."

Im allgemeinen aber will *Weber* die Degeneration oder degenerative Anlage nicht an sich als psychischen Krankheitszustand betrachtet wissen, aus dem sich die spätere Psychose auch ohne weiteres Zutun fortentwickelt hätte, da nie ganz die Möglichkeit auszuschließen sei, daß der Kranke gesund geblieben wäre, wenn ihn kein Unfall getroffen hätte.

---

[1]) *Mendel*, Über Querulantenwahnsinn usw. Neurol. Ztlbl. 1909.

[2]) *Weber*, Internationaler Kongreß für Versicherungsmedizin 1906.



Wenn überhaupt ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Psychose nachzuweisen ist, so muß man seiner Auffassung nach in den meisten Fällen über den Begriff der Verschlimmerung hinausgehen und den Unfall für die gesamten Krankheitserscheinungen und ihre Folgen verantwortlich machen, wenn er auch in Wirklichkeit nur ein auslösendes Moment ist. Im Jahre 1907 habe ich dann auch zwei dahingehörende Krankheitsfälle beschrieben und die Bedeutung von Degeneration und geistiger Schwäche für das Zustandekommen und die Beurteilung derartiger Krankheitsbilder im Zusammenhange mit Versicherungsansprüchen besprochen [1]).

Die Auffassung, daß in der Mehrzahl der Fälle die Frage komplizierter liegt, als sie die von *Mendel* aufgestellten Sätze erscheinen lassen, daß der Zusammenhang zwischen der betroffenen Persönlichkeit, dem Unfall und Rentenquerulantentum ein verwickelterer ist, hat sich mehr und mehr Bahn gebrochen. Die Bedeutung der „psychopathischen Persönlichkeit" ist auch in dieser Frage immer mehr gewürdigt worden.

Stertz [2]) hat direkt die Vermutung ausgesprochen, daß *Mendel* in seinen Fällen die degenerative Anlage nicht genügend berücksichtigt habe. *Schultze* [3]) hat in einer größeren Arbeit die Zusammenhänge zwischen Unfall und Rentenkampf besprochen, er hebt hervor, daß oft schon die Erhebung der unbegründeten Ansprüche ein Symptom der später immer deutlicher werdenden Geistesstörung und nicht ihre Ursache ist.

Aus der neuesten Zeit liegt eine zusammenfassende Behandlung der Frage des Zusammenhanges zwischen Trauma und Psychose von *Berger* vor [4]). Auch hier wird hervorgehoben, daß neben dem Unfall die Bedeutung der „psychopathischen Persönlichkeit", welche von dem Unfall betroffen wird, nicht hoch genug angeschlagen werden kann. Speziell bezüglich der paranoischen Erkrankungen wird am Schluß zusammenfassend gesagt: „Die Annahme, daß die Paranoia querulatoria nach Unfall eine Unfallgesetzpsychose darstelle, entspricht also durchaus nicht den psychiatrischen Erfahrungen, und wir haben allen Grund, dieser falschen Auffassung, die eine schwere Benachteiligung dieser Kranken zur Folge haben könnte, mit aller Entschiedenheit entgegenzutreten. Eine nach einem schweren Schädeltrauma im zeitlichen Zusammenhang mit demselben oder im An-

---

[1]) *Tintemann*, Querulatorische Psychosen im Zusammenhang mit der Arbeiterversicherung. Münch. med. Wschr. 1907.

[2]) *Stertz*, Psychogene Erkrankungen und Querulantenwahn usw. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 1910.

[3]) *Schultze*, Der Kampf um die Rente ... in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Halle 1910.

[4]) *Berger*, Trauma und Psychose. Berlin 1915.



schluß an eine traumatische Neurasthenie oder eine traumatische Hysterie sich entwickelnde chronische Paranoia ... ist als mittelbare Unfallfolge im Sinne der Unfallgesetze zu betrachten und dementsprechend voll zu entschädigen, wobei in der Mehrzahl der Fälle eine Vollrente erforderlich und oft auch wegen der Gemeingefährlichkeit die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt notwendig sein wird."

Gerade bei der Querulantenparanoia im Anschluß an Unfälle wird es aber mit Rücksicht darauf, daß in der Mehrzahl der Erkrankungen das betroffene Individuum eine nicht vollwertige Persönlichkeit ist, gar nicht einmal des Vorhandenseins eines schweren Schädeltraumas bedürfen, um zu der Schlußfolgerung eines entschädigungspflichtigen Zusammenhanges zwischen Unfall und Psychose zu kommen.

Die Entwicklung solcher Psychosen kann außerordentlich verschiedene Bilder nacheinander zeigen und unter Umständen, wenn die Bedeutung der psychischen Abnormität nicht früh genug in vollem Maßstabe gewürdigt wird, im Verlaufe des Rentenverfahrens die verwickeltsten Situationen herbeiführen.

Ein hierher gehörender Rentenkampf von bald 15jähriger Dauer sei im Nachstehenden wiedergegeben, da die bei ihm eingetretenen Verwicklungen besonders vielseitige sind und daher allgemeines Interesse beanspruchen:

Der Fabrikarbeiter X. Y., geboren im Dezember 1864, angeblich nicht belastet und nie ernstlich krank gewesen, erlitt am 14. Januar 1902 einen Unfall dadurch, daß er von einer 10 Ztr. schweren Spindel im Rücken getroffen, dadurch zu Boden geschleudert und dann an der linken Hand verletzt wurde. Er wurde an demselben Tage ins Krankenhaus aufgenommen und dort bis zum 6. II. 02 behandelt. Die Entlassung erfolgte an diesem Tage auf eigenen Wunsch des Verletzten als fast geheilt.

Bei der Aufnahme klagte Y. über Schmerzen in der linken Hand, die eine große Wunde auf dem Rücken bis auf die Knochenhaut des III. Mittelhandknochens und einen Bruch des II. Mittelhandknochens zeigte, in der linken Hüfte und der rechten Schläfe. Die Gegend der linken Hüfte war leicht geschwollen, die Knochen unverletzt, über dem rechten Schläfenbein oberhalb des Jochbogens war Fingerdruck schmerzhaft, der Knochen zeigte auch dort keine Verletzung.

Bei der Entlassung war die Wunde an der Hand geheilt, der Knochen konsolidiert, die Finger beweglich, jedoch in der Beugung und Streckung behindert, die Hand konnte nicht zur Faust geschlossen werden. In der Hüfte bestanden noch unbedeutende Schmerzen. In der Schläfe bestanden noch Schmerzen besonders beim Kauen, ein objektiver Befund an den Knochen konnte dort nicht erhoben werden.



Y. wurde als noch erwerbsunfähig bezeichnet, Massage und mediko-mechanische Behandlung wurden angeraten.

Am 27. II. 02 wurde wegen der noch immer vorhandenen Schmerzen in der Schläfe ein Gutachten eines Spezialarztes für Ohrenkrankheiten eingeholt, der Zustand wurde als Neuralgie des Kiefergelenkes bezeichnet, ein Zusammenhang mit dem Unfall angenommen, die Prognose als zweifelhaft hingestellt.

Am 16. IV. 02 wurde ein Gutachten des mediko-mechanischen Institutes, in dem L. wegen der Funktionsstörung der Hand bis dahin noch behandelt war, eingeholt. Es kommt zu dem Schluß:

„Durch die Verletzung der linken Hand ist die Gebrauchsfähigkeit derselben noch beeinträchtigt. Der Daumen ist völlig gebrauchsfähig, der Zeigefinger und Mittelfinger dagegen zeigen noch eine Verminderung der Gebrauchsfähigkeit. Der 4. und 5. Finger sind offenbar wesentlich gebrauchsfähiger, als Y. zugibt. ... Y. hält sich insbesondere mit Rücksicht auf die Verletzungen der übrigen Körperteile noch für völlig arbeitsunfähig. Er will an Atemnot leiden und zuweilen heftige Hustenanfälle bekommen.... Zwar bestehen bei Y. Symptome, die auf eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems hindeuten, und die man als Anfänge einer traumatischen Neurose erklären könnte, es wäre jedoch sehr verfehlt, diesen allzuviel Gewicht beizulegen. Es ist dringend erwünscht, daß Y. wieder zu arbeiten anfängt, und daß man ihn nicht in seiner Neigung zur Übertreibung seines Krankheitsgefühls unterstützt. Es dürfte genügen, wenn man diesen Empfindungen durch Gewährung einer mäßigen Übergangsrente zur Erleichterung der Wiederaufnahme der Arbeit Rechnung trägt. Ich halte eine Rente von 33¹/₃ % für diesen Zweck für völlig ausreichend." Gegen diese Festsetzung legt Y. im Juni Berufung ein, sein Schreiben, anscheinend nicht von ihm selbst verfaßt, beginnt mit: Gründe. Er gibt darin an, daß er Schmerzen im Rücken und Brust, namentlich beim Atemholen, häufig Erbrechen mit Blutspucken habe, daß seine Hand noch nicht zu gebrauchen sei. Er bittet um Untersuchung durch einen Professor oder Königl. Physikus, aber nicht durch einen Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft.

Er wird daraufhin im September durch einen andern Arzt untersucht. Diesem gegenüber bringt Y. nach dem über ihn erstatteten Gutachten eine große Reihe von subjektiven Beschwerden vor. Er klagt über Schwindel beim Gehen, als ob die Erde unter ihm fortliefe, in den Ohren saust es, in der rechten Schläfe tobt und brennt es. Beim Essen tut ihm das rechte Kiefergelenk weh, er könne nicht schlafen, habe immer Angstgefühle. Nachts sei er so aufgeregt, er habe immer das Gefühl, als sei er bei einem Verbrechen abgefaßt. Das Kreuz sei so schwer, als habe er einen Zentner darin, er könne nur oberflächlich atmen. Beim Husten, Niesen, Bücken tue der ganze Brustkasten weh. Er habe fast immer kurzen, trocknen Husten ohne Auswurf, oft auch Neigung zum Brechen usw. Bei der ob-

jektiven Untersuchung wird geröteter Kopf und Schleimhäute, ganz geringe Verdickung am rechten Jochbein, ganz oberflächliche und schnell aufeinanderfolgende Atemzüge, „und zwar 24—30 in der Minute“, festgestellt. Die Differenz des Brustumfanges zwischen Ein- und Ausatmung beträgt nur ½ cm. „Bei einer Untersuchung hustete Y. eine kleine Portion Schleim aus, der teils schaumig-weiß, teils rostbraun gefärbt war. An der linken Hand wurde eine Beweglichkeitsbeschränkung der Finger festgestellt. Das Gutachten kommt zu dem Schluß, daß bei Y. eine herabgesetzte Gebrauchsfähigkeit der Hand, ein geringer Grad von traumatischer Neurose, eine beschleunigte Herztätigkeit und Atmung, eine Blutüberfüllung des Kopfes und der Brustorgane bestehe. Zu dem letzten Punkt finden sich folgende Ausführungen: Die oberflächliche Atmung verhindert den normalen Blutaustausch, das Blut wird arm an Sauerstoff, d. h. nicht normal. Bei krankem Blut wird allmählich der Mensch krank und dann nicht arbeitsfähig. Es liegt ..., sondern auch objektiv nachweisbare Störungen der Atmung, des Herzens und des Blutkreislaufes im Kopf (geröteter Kopf) und Brust vor, welche den Verletzten als einen ganz arbeitsunfähigen Menschen erscheinen lassen.“

Als der Spezialarzt für Orthopädie gegen die Ausführungen dieses Gutachtens Einwände erhebt und bewußte oder unbewußte Aggravation für sehr naheliegend hält, wird Krankenhausbeobachtung beschlossen. Das große Heer seiner subjektiven Beschwerden bringt Y. auch hier vor. Hervorgehoben aus ihm sei: Gleich nach dem Unfall sei auch Bluthusten aufgetreten, der sich allmählich immer mehr verschlimmert habe, das Blut komme jetzt alle 3—4 Tage. Während der Untersuchung war Y. unablässig bemüht, den Arzt auf alle möglichen Beschwerden aufmerksam zu machen, und brachte im Lauf der Beobachtung die wunderlichsten Klagen vor. Den Assistenzarzt fragte er häufig, ob auch alles richtig gemeldet sei, was er vorher angegeben hatte. Es fiel ein beständiges nervöses Hüsteln auf, „welches in dieser Konsequenz unmöglich simuliert sein konnte“. Herz und Lunge waren gesund, Anfälle von Atemnot wurden nie beobachtet. Y. erbrach häufig und hatte Blut in seinem Speiglase. Er saß häufig mit rotem Kopfe auf seinem Bette und würgte, bis etwas herauskam. Der Kopf zeigte eine gewisse Blutüberfüllung der Haut und Schleimhäute, am rechten Mundwinkel bestanden fibrilläre Muskelzuckungen. Beim Gehen hinkte Y. mit dem linken Bein, der linke Patellarreflex war stark gesteigert, anfangs bestand auch Fußklonus. Y. konnte auf keinen Stuhl steigen: Ich kann mich so kaum halten, viel weniger kann ich mich auf einen Stuhl stellen. Selbst das Bein brachte er nicht auf den Stuhl: Da leidet das Kreuz zu schrecklich darunter. Wenn er die Beine übereinanderschlagen sollte, hob er sie gewöhnlich mit den Händen in die Höhe. Wenn Y. sich in das Bett legen sollte, so geschah das steif und schwerfällig und unter beständigen Klagen über Schmerzen im Kreuz. Der Schluß des abgegebenen Gutachtens lautet: Y. macht einen hochgradig



nervösen und ängstlichen Eindruck. Er ist zweifellos nicht nur in körperlicher, sondern auch in seelischer Beziehung stark zerrüttet. Daß seine Beschwerden nicht bloß der Ausdruck von Hypochondrie und Übertreibungssucht sind, geht aus dem Vorhandensein einer Reihe objektiver Erscheinungen hervor, von denen die Erregbarkeit des Herzens, die starke Steigerung der Reflexe an den Beinen, und zwar links stärker als rechts, das Auftreten von Faserzuckungen im Gesicht, an den Augenlidern und an der Zunge, das häufige, nicht selten mit Blut vermischte Erbrechen und das nervöse Husten genannt sein mögen. Von einer Erwerbsfähigkeit kann augenblicklich nicht die Rede sein.

Auf dieses Gutachten wird Vollrente festgesetzt (Dezember 1902). Die Rente beträgt monatlich 76 M.

Im März 1904 findet in demselben Krankenhaus eine Nachuntersuchung statt mit dem Ergebnis, daß objektiv nachweisbare direkte Unfallfolgen nur noch an der linken Hand des Verletzten festgestellt werden können. Sie sind aber so geringfügig, daß sie irgendeine höhere Einbuße an Erwerbsfähigkeit nicht bedingen können. Dagegen ist in der schweren, durch den Unfall bedingten Nervenzerrüttung keine nennenswerte Besserung eingetreten. Y.s Klagen sind dieselben, er hat ein richtiges Sengen und Brennen in der rechten Schläfe, hat einen fistligen Husten, der zeitweise so heftig auftritt, daß er sticken muß, hat viel Erbrechen, dem manchmal Blut beigemischt ist, er kann den Rücken nicht bewegen, es ist, als ob das ganze Kreuz schwären täte.

In demselben Monat richtet Y. ein Schreiben an die Berufsgenossenschaft, in dem er die Geburt einer Tochter anzeigt und bittet, seine Rente zu erhöhen, da er mit der jetzigen (912 M.) seine Familie nicht ernähren könne, zumal eine 17jährige Tochter schwachsinnig sei. Er wird abgewiesen, ihm aber anheimgestellt, zu beweisen, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht auskommen könne, er damit Anspruch auf Hilflosenrente habe.

Y. behauptet, daß er ohne fremde Wartung nicht fertig werden könne, und beantragt erneute Untersuchung. Sein Antrag wird abgelehnt.

Im April 1906 wird Y., der inzwischen im März 1906 in eine andere Stadt verzogen, aufgefordert, sich in Leipzig-Stötteritz untersuchen zu lassen. Seine Frau antwortet mit einem Brief, in dem sie um Kleidung, Schuhe und Reisegeld für ihren Mann bittet. Es wird Y. Reisegeld zugebilligt und ihm nunmehr aufgegeben, sich umgehend in das Krankenhaus zu begeben, widrigenfalls aus seinem Benehmen für ihn ungünstige Schlüsse gezogen werden müßten.

Die Antwort ist ein (mit der Schreibmaschine geschriebener) Brief, daß er die Reise nicht ohne Begleitung machen könne. Fahrkarte und Zehrgeld für den Begleiter werden bewilligt. Als Antwort erfolgt wieder ein Brief, daß er wegen Mangels an Kleidung und Schuhen sich nicht stellen könne (mit der Schreibmaschine geschrieben); ein zweiter Brief



mit demselben Inhalt folgt 8 Tage später. Die Berufsgenossenschaft holt darauf Auskunft durch die Polizei ein, diese lautet dahin, daß nicht nur der in sehr schlechtem Zustande befindliche Anzug sowie die defekten Stiefel schuld daran seien, sondern nach des Polizeibeamten Wahrnehmungen Y. auch wegen seines körperlichen Leidens sowie der sehr heftig auftretenden Hustenanfälle nicht imstande sei, eine so weite Reise machen zu können.

Y. wird darauf aufgefordert, sich zu einem in seinem Wohnort befindlichen Nervenarzt zur Untersuchung zu begeben (30. Mai 1906). 14 Tage später wird er nochmals aufgefordert, sich zur Untersuchung zu stellen und sich, falls er den Weg nicht zu Fuß machen könne, fahren oder tragen zu lassen. Die Kosten werden garantiert. Daraufhin kommen zwei Briefe von der Ehefrau des Verletzten im Juni, in deren erstem steht, daß ihr Mann bei jeder Aufregung bricht und deshalb auch in einer Erbschaftssache nicht habe vernommen werden können, in deren zweitem sie mitteilt, daß sie ihren Mann ohne Zeug nicht fortschicke.

Die Berufsgenossenschaft nimmt an, daß Y. eine erneute ärztliche Untersuchung absichtlich vereiteln will, um im längeren Besitz der Vollrente zu bleiben, und entzieht ihm die Rente (Juni 1906). Dagegen legt Y. Berufung ein mit der Angabe, daß er sich der ärztlichen Untersuchung nicht entziehe, es möge aber ein Arzt in seine Wohnung geschickt werden, da er nicht transportfähig sei. Dann verzieht Y. wieder an seinen früheren Wohnort, woraus die Berufsgenossenschaft folgert, daß er sehr wohl imstande sei, eine Reise zu unternehmen, und auch im Besitze von Kleidungsstücken sei. Sie will ihn deshalb nun nach Leipzig zur Untersuchung schicken. Es wird aber von dieser Maßnahme abgesehen, nachdem die Ehefrau des Y. mitgeteilt, daß ihr Mann die Reise nach O. zurück nicht freiwillig, sondern auf Veranlassung des Armenverbandes gemacht habe und sehr schwer transportfähig sei. Y. wird in M. ärztlich untersucht, äußert die große Reihe der alten Klagen. Er wird als Unfallhysteriker von auffallend geringer Energie angesprochen, der übertreibt und nicht dauernd im Bett zu liegen braucht, und Krankenhausbeobachtung beantragt. Sie ergibt:

Der alte Schwall von Klagen besteht noch. Y. hat im Kopfe fortwährendes Sausen und Dröhnen sowie Schmerzen und Schwindel, so daß er aufrecht nicht stehen kann. Im ganzen Rücken und im Kreuz besteht das Gefühl von Kribbeln, als ob Ameisen darin wären oder der Rücken schwäre. Die rechte Brustseite sei ihm eingedrückt, und im Leibe bestehe das Gefühl, als ob es dränge. Wenn das Essen an diese Stelle komme, müsse er brechen. Der Arme bemächtige sich häufig ein Krampf, im linken Arm bestehe außerdem ständig ein Kältegefühl. Er müsse die Arme immer gerade halten, weil er sonst Schmerzen bekäme. Ebenso sei es in den Beinen, seit 4 Wochen könne er deshalb nicht laufen. Die Augen schmerzten ihn und wollten hinten durch den Hinterkopf durch-



jagen. ... Die letzten Jahre habe er meist im Bett gelegen und sei nur aufgestanden, wenn er einmal einen notgedrungenen Weg hatte. Y. habe nach seinem Unfall noch zwei gesunde Kinder gezeugt, das dritte sei unterwegs. Die Zeugung fällt in die Zeit, seit der Y. behauptet, so schwach zu sein, daß er sich im Bett allein kaum aufrichten könne. Im Krankenhaus hat er sogar die Schwestern genötigt, ihm das Speiglas zu halten. Auf diese Widersprüche aufmerksam gemacht, erklärt er, daß gerade bei Erkrankungen wie der seinigen die Geschlechtsfunktionen gut imstande seien, und daß der Reiz vielfach auch von seiner Frau ausgehe. Die Mitteilungen seiner Beschwerden begleitet er mit unaufhörlichem Husten, der sich bei Beobachtung steigert, aber auch des Nachts störend vorhanden ist, so daß Y. in ein Einzelzimmer verlegt werden muß. Hier verlangt er dringend unter allerlei „Anspielungen, als ob er vergiftet oder sonst etwas Unrechtes mit ihm vorgenommen werden solle, die Rückverlegung und enthält sich 36 Stunden völlig der Nahrung, so daß schließlich seinem Wunsche nachgekommen werden muß.

Y. richtet sich im Bett nicht selbst auf, läßt sich waschen und pflegen wie ein Schwerkranker. Wenn er aus dem Bett gebracht werden soll, hält er die linke Hand meist steif ausgestreckt usw. In seinen Äußerungen machte er häufig den Eindruck wie ein von Verfolgungs-, insbesondere von Vergiftungsvorstellungen Heimgesuchter. Er erklärte, er wisse schon, was man mit ihm vorhabe, und nahm niemals Wasser von der Schwester an, sondern ließ es sich von seinen Mitkranken aus einem Hahn eingießen. In der Nacht zum 27. IX. 06 fand ihn die Schwester ganz aufgeregt auf der Bettkante sitzen, mit einer Schachtel Moorsalz in der Hand, die er mit seinen Fingern selbst geöffnet hatte, er rief in heftigem Tone: „Nehmen Sie doch das verfluchte stinkige Zeug weg, ich weiß schon, was Sie wollen, daß Sie mir das unter die Nase halten.“ Das Kistchen hatte in einiger Entfernung von ihm auf einem Tischchen an der Wand gestanden. Der Schlußsatz des Gutachtens lautet dahin, daß das ganze Krankheitsbild, das Y. darbietet, durch Züge der Übertreibung so stark verwischt ist, daß eine Entscheidung über den Grad seiner Erwerbsbeschränkung schwer zu treffen ist. Jedenfalls macht er immer noch einen stark nervösen Eindruck und dürfte zu irgendwelchen gewerblichen Arbeiten nicht zu gebrauchen sein. Vollständig hilflos und ständiger Wartung und Pflege bedürftig ist Y. nicht.

Daraufhin wird Y. die Vollrente weiter bewilligt, er zugleich unter ärztliche Kontrolle gestellt (15. XI. 06). Der Arzt untersucht ihn zweimal und berichtet dann an die Berufsgenossenschaft, daß er Y. zweimal im Bett angetroffen habe. Die Untersuchung ergab außer einer starken Erregbarkeit des Herzens keinen krankhaften körperlichen Befund. Y. war ständig sehr aufgeregt, besonders schienen ihn aber die Auslassungen des letzten Gutachtens über seine geistigen Fähigkeiten aufgebracht zu haben. „... Während meines Aufenthaltes bekam er einigemal die schon früher



geschilderten Hustenerstickungsanfälle. Im Anfang des letzten, den ich anhörte, redete ich ihm zu, er solle doch dabei nicht so laut schreien, er mache sich sonst kaput. Sofort unterbrach er den Anfall und sagte zu mir: „Verlassen Sie meine Wohnung, Sie regen mich unnütz auf!" Darauf wurde der Hustenanfall fortgesetzt." Das Gutachten endet: „Meine Beobachtungen legen nahe, daß Y. ein ausgeprägter Unfallhysteriker ist, der unter dem Einfluß gewisser Beeinträchtigungsvorstellungen steht und bei dem der jetzige Kampf um die Rente wieder verschlimmernd eingewirkt. Eine Behandlung könnte nur noch in einer geschlossenen Nervenheilanstalt ausgeführt werden."

Darauf beschließt die Berufsgenossenschaft erneut, Y. in einer Unfallnervenklinik zur Behandlung aufnehmen zu lassen (Januar 1907), weil die Art des Leidens Ansprüche an die Behandlung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann. Darauf antwortet Frau Y. wieder (alle folgenden Briefe sind sicher von Y. selbst geschrieben), daß ihr Mann nicht transportfähig sei; zugleich findet sie sich sehr beleidigt, daß die Berufsgenossenschaft schreibt, ihr Mann kriege von ihr seine richtige Aufwartung nicht, und macht Enthüllungen, wie ihr Mann im Krankenhause schlecht behandelt sei: „Mein Mann sagt, ich lasse mich von keinem Fremden vergiften ... und wer sich hierin beleidigt fühlt, der trägt die Verantwortung, so brinkt er die Sache nun Entlich die Öffentlichkeit, was mit ihm gemacht ist...."

In einem zweiten Schreiben 2 Tage später heißt es: „Auch sein Essen hat er stets im Liegen einnehmen müssen, da hat sich keiner darum gekümmert, daß Ihn das Essen Imer an den Hals runder gelaufen ist ... aber wenn er Wasser drinken wollte, da waren die Schwestern gleich da, und wenn er zwei haben wollte aber nur von der Küche wenn er das nicht wollte haben, die Schwester im den Rücken zu gewand waruhm mein Mann ist da hintergekommen was man mit ihn Vorhabe und habe sie auch dabei erdabt, wer wahr derjenige der diese scheußliche angabe gemacht sollte die Sache ins Rollen kommen so wird mein Mann die ganze Geschichte in die Öffentlichkeit bringen, mein Mann knn sich heute noch nicht darüber zufrieden geben was mit ihm Gemacht ist, er hat es gefunden was ihm zu Schaden wahr und auch eine Probe sorchfältig aufbewahrt bis die Sache zu Klagen kommt, wo er die Probe auch in die Öffentlichkeit bringt, die ihm im Krankenhaus in die Hende gefallen ist...." In einem weiteren Briefe vom 17. I. 07 denunzieren die „Eheleute Y." einen Arbeiter X., daß er zu Unrecht eine Rente beziehe, Y. will vor 10 Gerichten beschwören, daß dieser schon vor dem Unfall nicht zu jeder Arbeit fähig war, er kennt den X. von Kopf bis zu den Füßen, da er mit ihm sogar schon in einem Bett geschlafen habe. Weiter heißt es in dem Briefe: „sollten Sie denn von der Sache nichts wissen der X. hat eine Erbschaft vor 12 Jahren gemacht wo er schon in den Unfall war".

Im folgenden Briefe (2. II. 07) melden die Eheleute Y., daß ihr



jüngstes Kind gestorben: „und wir finden uns auch gleichfals Veranlast da dies Kind eine von den 2 Gesunden Kindern wie es scheint kommt das 2te Gesunde Kind was nachdem Geboren auch wohl bald mit dem Tode davon das ist doch durch einen Arzt bestätigt soche Rache Akten, wir sind fest davon Überzeugt das die ... Berufsgenossenschaft mehr Bescheit über Y. seinen Krankheits Zustant weiß als derjenide der solche Rache Akten in die Weld gesetzt hat wir wissen es recht gut das Y. kein Dummer Junge ist und sucht sein Recht bei der Sektion und wird ihn wohl Nie abgesprochen wenn wier uns keine Scherereien mit der Sechsjohn machen wollten so hätten wier die Rache Akten zu jeder Manns Ansicht preisgegeben..." Am Schluß des Briefes erkundigen „die Eheleute Y." sich, wie weit es die Tochter des denunzierten Arbeiters X. mit ihrem Nadelverschlucken gebracht hat, ob ihr eine Unfallrente zudiktiert ist. „wier werden erst abwarten was komt so haben wier da man uns auch gedenfalz von Persönlichkeiten bei der Seksjohn schwarz gemacht wird habe die ganze Sache scheint uns so, haben wier auch schon 2 Mann die unsern Erbetruch begangen haben, der Infallität zur Anzeige Gebracht, es finden sich wohl noch mehr raus die nun nicht mehr nötig haben. ... Beispiel auch H. X. bezieht seine Unfall Rente von 1896 wie ihn eine Erbschaft 36 000 in die Hände gefallen ist."

Die Berufung des Y. gegen die Aufnahme in die Klinik wird zurückgewiesen, am 26. II. 07 Y. nochmals aufgefordert, sich zu stellen und mit Entziehung der Rente für 6 Monate gedroht. Die Folge sind wieder zwei Briefe der Eheleute Y., in denen Zeugen dafür angeboten werden, daß der Mann nicht transportfähig ist, und der Arzt, der die Aufnahme in die Klinik beantragt hat, denunziert wird: „Derselbe hat 3 Besuche bei uns gemacht nur zwei Untersuchungen in einer dunklen Ecke hinter der Thühr in einen Zeit Raum von 2 Minuten hat oder will er alles gefunden haben. Aber der geheime Medizinahl Rath hat Stets einen Halben Monat gebraucht ... ich stelle hiermit fest das der Herr Dr. D. nur einen Rache Akt auf meinen Mann Ausgeübt hat ... wir wollen das Ihnen noch mahl zu wissen thun das sich dieser Artzt so pfläzig Benommen hat das mein Mann mir Gesacht hat bitte Entferne mir den Mann das er ihn so in Aufregung versetzt hat und sich wieder übergeben muste der ist soga der Erste Zeuge und hat es sogahr 2 Mahle gesehn nur in die baar Minuten Besuch Zeit."

Es wird darauf eine erneute Untersuchung durch zwei Ärzte angeordnet zur Feststellung, ob Y. transportfähig ist. In den Berichten darüber heißt es:

„Wir fanden am genannten Tage (24. III. 07) den Y. im Bette liegend vor und wurden von ihm sofort in roher Weise mit Schimpfereien empfangen. Er verweigerte jede Untersuchung. ... Es half alles nicht, Y. forderte uns in brutaler Weise auf, das Zimmer zu verlassen. ... Einmal begann Y. auch, wahrscheinlich zur Bekräftigung seines Leidens, laut auf-



zuschreien und zu würgen, zum Erbrechen kam es nicht. Während ... rief er noch aus dem Zimmer heraus: „Ihr wollt mich jetzt nach 6 Jahren gesund machen, wo es doch den Ärzten früher nicht gelungen ist. Ihr seid wohl verrückt? Ihr habt wohl einen Vogel?"

Am 30. III. 07 wird Y. auf die Dauer von 6 Monaten die Rente entzogen, ihm aber nochmals anheimgestellt, sich umgehend in die Klinik zu begeben unter Zusicherung, daß Kosten für Traggelegenheit und Begleiter von der Berufsgenossenschaft übernommen würden.

Darauf erwidern die Eheleute Y.:

„Inerwiederung ihres Schreiben was mein Mann zugegangen is werden wir den Artzt der vons von Ihnen Geschikt soll sein nach sich getzt wegen der Beleidigung vor Gericht Verantworten Indem er sich hat zu schulden kommen lassen mein Mann mache ein gekinsteltes Husten und Erbrechen welches er als Verstellung Bezeichnet. ... Y. fräeht an was er Ueberhaupt nach einer Nerfen Anstalt Respektif einer Verikten Anstalt machen soll mein Mann Leidet an seine Zerdrükten Knochen aber an keinen Verükten Kopf wier wollen Ihne schon die Zeugen getzt bringen woran mein Mann Leidet wier wollen Ihnen schon die beiden Doktor mit schimpf und Schande hinstellen. ... Nehmen Sie man die Richtigen Akten von Herrn Provessohr zur Hand so können Sie Unmöglich auf einen andern Gedanken kommen denken Sie den das wier es nicht wisse das Sie die Richtigen Akten von Provessohr Verheimlichen wier sind dahinter gekommen jetzt werden wier Ihnen Erst richtige Zeungen bringen. Nemlich Sie wollen unsere Zeugen nicht Anerkenen so sind wier auch nicht in der Lage Ihre Zeugen anzuerkennen ich bringe Ihnen jetzt 6 Zeugen die nicht sagen können Y. Macht ein Gekinsteltes Husten und Erbrechen ich will Ihnen schon mit Ihren Beleidigungen den Richtigen Weg zeigen wenn das Schiedsgericht uns noch Beschwerde Zusetzt finde ich mich genötigt Klage beim Reichsversicherungsamt ..."

Am 20. VI. 07 reicht Y. eine erneute Beschwerde gegen die Berufsgenossenschaft ein, die formell und orthographisch richtig, ihm offenbar von geübter Hand aufgesetzt ist, von Y.s Hand ist ihr ein Attest von einem fremden, mit den Vorgängen nicht bekannten Arzt, Dr. *N.*, in Abschrift angefügt, dahingehend, daß Y. zurzeit absolut nicht imstande ist, eine Reise zu unternehmen. Am 14. VIII. beantragt Y. wieder durch fremde Hand die Bescheide bezüglich der Rentenentziehung aufzuheben, unter Berufung auf das vorstehende Gutachten.

Nun beauftragt die Berufsgenossenschaft den Kreisarzt der Stadt mit einer nochmaligen Untersuchung des Y. bezüglich seiner Transportfähigkeit. Bei derselben zeigte Y. wieder „die so oft geschilderten Würganfälle". Er setzte sich allein auf, und zwar ziemlich rasch, seine Gattin unterstützte ihn erst nachher und hielt ihm den Speinapf vor. Zuerst ging er auch ganz ruhig auf die Fragen des Arztes ein, als seine Angaben aber nicht kritiklos hingenommen wurden, wurde er gereizt, und im Laufe



der weiteren Untersuchung sagte er zu seiner Frau: „Der ist vom Unfall geschickt, du siehst, wo es hinwill.“ Nach den Gründen seiner Transportunfähigkeit befragt, konnte er keine angeben, sondern blieb dabei: „Ich habe das Zeugnis von Dr. *N.*, der will es beschwören, daß ich nicht kann.“ Der Arzt erhielt von ihm den Eindruck der Nervosität, aber nicht von großer Hinfälligkeit, er bejaht die Transportfähigkeit, wirft aber die Frage auf, ob eine Unterbringung in der beabsichtigten Weise zweckmäßig sei. Bei den Beeinträchtigungsideen des Y., von denen noch festzustellen sei, ob es sich um eine Neurose oder schon um eine Psychose handle, erscheine ein Suizidium nicht ausgeschlossen. Die Folge dieser Untersuchung ist wieder eine große Beschwerdeschrift der Eheleute Y. an den Kreisarzt, in der es unter anderem heißt: „,... wenn der Herr Sanitätsrat glaubt er habe das recht gegen Y. solche Spitzen meinen Mann in das Gesicht zu schleudern er solle sich nicht so anstrengen mit seinen Erbrechen solche Bemerkungen oder Äußerungen läßt sich mein Mann nie gefallen Sie tun ja nach Ihren Äußerungen als wenn Sie die Rechte hätten solche Eußerungen zu machen Mein Mann kann sich doch Erbrechen nicht befördern wenn er will wenn Sie mit solche Geschichten anfangen da Steigert sich erst recht der Körper oder Aufregung und Neigung zum Erbrechen. .. 2tens warum Weigert sich der Herr Sanitätsrat für unser Eigenen Kosten ein Ärztliches Attest da zu lassen was meinen Mann schon zum 2ten mahl nicht gewährt wirden soll wenn Herr Doktors *N.* ein Attest konnte da lassen also was Herr Dr. *N.* kann muß uns auch von Ihnen zustehen wier bebehaupten das wier schon mehrfach die Gutachten nicht gekricht haben die uns Zustehn und wenn Sie ein noch so Gutes Zeugniß meinen Mann Ausstellen und er Kricht es nicht in die Hände so bleibt er Stets der Dumme darum ist Y. sein Einsger Wunsch das ein Attest vor ihn Ausgestellt wird Sie Herr Sanitätsrat haben meinen Mann Erst recht Inaufregung Versetzt also ein Attest wollen Sie nicht zurück Lassen und den Erlauben Sie sich noch Obendrein auch noch das Attest von Dr. *N.* Mitzunehmen ... ich finde mir selbst Beleidigt wie Sie bei den Ersten Besuch die Äußerung Abgaben um das Erbrechen könnne der Tranzbort doch geschehen das Beschwöre ich vor Gericht Sie haben auch Gesagt da dann könnten 2 Mann Mitgeschikt werden und beim 2ten Besuch Behaupten Sie hätten das Überhaupt nicht Gesacht wier stellen uns gegenüber der Sektion Ebenbürtig. ... Y. draut Heutkeinen Menschen mehr. ... Wier haben Hern Doktor *N.* auf sämdliche Fehler aufmerksam Gemacht oder Angegeben das Erbrechen durch die Kwetschung der rechten Brustseite und das Ganze Kreuz Verletzung des Rechten Jochbein Knochens und Schmerz Stets in Beiden Augen Stets ein Brennen und einen Schlach vor das rechte Schinbein und am Linken Bein Oben im Gelenk an der Hüfte Bruch des Mittel Fingers und Ersten Zeigefinger ist das Gelenk Kaput geschlagen so das durch die Kwetschung die ganze Hand nicht Geschlossen werden kann. ... Auch das Herz Hauptsächlich und die Lunge Versetzen



meinen Mann in solche großen Schmerzen das er nicht weiß was er noch anfangen soll mit den Erbrechen wenn der Herr Sanitätsrat schon gebrochen hat so wird es Ihnen auch nicht Fremd sein das mann bei Erbrechungen einen Schweren Kampf hat und Schmerzen nun ist es um so Bedauerlicher wenn das Erbrechen bei meinen Mann Auftritt mit seinen Herzen und der Lunge so Entschuldigen wir uns bei Herrn Sanitätsrat wenn mein Mann Ihnen zu Nahe getreten sein sollte. ..." (26. VIII. 07.)

Am 18. IX. 07 geht ein Schreiben an die Berufsgenossenschaft ab: „Die Eheleute Y. geben hier in doppelter Ausführung an, das Y. von keiner Seite eine Weitere Heilung zuerwahrten hat eine Heilung auf Nerfen Anstalten hat Y. nichts zu suchen und die Knochenheilungen würd mit dem Bemerken von Herrn Geheimer Medizinal Rat ... gegeben Y.s Kaputt Geschlagene Knochen können wier ihnen wohl Heilen aber nicht wieder ganz machen nun Gehen Sie zu Hause Sie kriegen Ihre Rente weiter im Jahre 1902. ..."

Einige Tage später heißt es: „Die Eheleute ... geben dem Schiedsgericht vom heitigen Tage bekannt das wier auf weitere Hilflosen Rente verzichten und glauben wenn das Schdgr. sich mit uns gänzliche Abfinden thät Gründe halber die nicht von uns Genant sein wollen da der Plahn nach St. hiermit von uns Streng zurückgewiesen ist und durchaus keine Heilung mehr angenommen wird auch Steht hinter uns ein Riesen Geldso sind wier jetzt in der Hilflosen Rente anderer Ärmemer Leute zu geben so möge die Sektion sich die Sache Reiflich Uberlegen ob Sie die Vollrente weiter Zahlen will oder Y. gänzlich abfindet also Zwank von unserer seite gibt es nicht ... auch HöchstWahrscheinlich wird Y. den gnädigen Herrn ein Schnippen schlagender es gemacht und Y. in den Akten zu schreiben er leide an Verfolgungs Wahn. ..."

Am 29. IX. 07 erklären zwei Beamte des Schiedsgerichtes, daß sie den Y. auf der Straße bzw. auf der Treppe gehen sahen, ohne das geringste Auffällige an ihm zu bemerken. In der Sitzung des Schiedsgerichtes vom 28. IX. wird die Berufung Y.s gegen die Rentenentziehung zurückgewiesen.

Am 27. IX. zieht der Arzt Dr. *N.*, der Y. für transportunfähig erklärt hatte, sein Gutachten zurück, nachdem er den Kranken hatte besuchen wollen und erfuhr, daß er mit seinen Kindern ausgegangen sei.

Y. wendet sich nun berufend an das Reichsversicherungsamt in zwei Schreiben, in dem ersten heißt es unter anderem: „So wurde Y. beim Schiedsgericht den 28ten Oktober 1907 geladen woselbst dem Herrn Regierungsrat auffiel es mit ansehen mußte wo der Y. durch die Anstrengung wiederum mit Erbrechen anfing und der Herr Regierungsrat an zu schimpfen fing wenn Y. doch das fühle so müsse er doch gleich rausgehen und nicht alles vollbrechen, aber er wußte wohl nicht das Y. nicht so schnell laufen konnte um das Erbrechen zu verhindern. ..."

In dem zweiten findet sich folgendes: „... wennn uns könnte die Luft genommen werden könnte, so würde es wohl auch noch getan, so bin

ich denn für meinen Mann verantwortlich, oder ich war dennoch wohl schuld, daß er krank ist, und kann ich denn wohl mit ihm langsam auf sichen mit samt den armen Würmern, es ist ganz gut, daß der Unfall ins Leben gerufen ist aber wieviel Menschen haben aber nach unserer Auffassung durch Hunger die Schwindsucht oder Hungertyphus müssen verloren gehen, wenn es mit allen so gemacht wird so bin ich Frau Y. der Überzeugung was ich denn selbst aus der Ärzte Mund gehört, daß mein Mann keine Heilung noch sonst etwas zu erwarten habe und daß er jeh zu einer Arbeit oder Diensten Verwendung finde ist der Reichs-Versicherungsamt durch die Akten verständlich gemacht, daß es ist doch nirgends eine Heilung zu erwarten, die Gutachten der Ärzte sind doch zur Stelle, warum muß so ein armer Mann in seiner Krankheit noch hungern, ich kriege jetzt von keiner Seite Vorschuß oder Armenunterstützung, wo könnten auch die Eheleute Y. den Regierungspräsidenten auf die Füße treten und wollen ihn in der Knyrim'schen und Lorenzschen Erbschaftssache verwickeln, so ist es uns auch nicht schwer festzustellen wer uns so knebelt und in Bann hält. Wenn man das einem vernünftigen Menschen erzählt, sein Mann ist in 1½ Jahr dreimal die Rente zurückbehalten, jedesmal wenn ein Arzt zur Untersuchung kam oder in Krankenhaus wurde sofort sämtliche Rente nachgezahlt, waren es ein par Wochen her so ging die Geschichte von neuen los, aber was ist die Schuld. Das Reichsversicherungsamt scheint hier gar nicht zu wissen warum in O. mit dem armen Y. solche Komödie gemacht wird hier scheint es so als wenn Ärzte weniger glaubhaft sind als Leute die anzunehmen an Y. eine Rache auszuüben um ihn gegen diese gänzlich unschädlich zu machen und ihn mit Gewalt die Unfallrente zurückzubehalten damit er kein Geld in die Finger bekommt um einen Klageantragt gegen diese zu Unternehmen, denn es steken in dieser Erbverwicklung hohe hohe Regierungsbeamte, so bitten wier nun doch so schnell wie es geht doch eine Regelung. ..."

Das Reichsversicherungsamt weist die Berufung des Y. am 4. IV. 08 zurück, da es gleichfalls die Überzeugung gewonnen, daß die bei dem Kläger als Unfallfolge noch bestehende nervöse Erkrankung durch eine ordnunggemäß durchgeführte Behandlung in einer Heilanstalt sicherlich in das rechte Licht gestellt und gebessert werden kann.

Vom 1. April 1908 erhält Y. nach Ablauf der 6 Monate wieder Rente und wird zugleich aufgefordert, sich dem Arzt zu einer erneuten Untersuchung vorzustellen. Darauf die Eheleute Y.: „In der Unfallsache des ... wieder die ... Berufsgenossenschaft Fühlen wier uns Abermahls Beleidigt Indem die Sektion Stets u. das Sie das Gutachten sucht zu Stellen und dadurch unser Gutachten außer kraft zubringen, sind wier nicht in der Lage und beharren mit Fester Überzeugug da wier unser Geld nicht auf der Straße gefunden haben um noch weitere Gutachten heranzuziehen, da wier Überhaupt Entschlossen sind die Klage nun Entlich der Staadsanwaltschaft Zuübergeben, da von seiten der Ärzte von der Berufsge-



nossenschwehre Beleidigungen Zuverzeichnen sind, wenn nun Y. Abermalz ein Neues Gutachten Einsendet so stellt die Sektion Abermalz den Antrag Y. solle sich von den Betreffenten Artst Untersuchen Lassen den Sie wiederum Vorschlägt, und die Drangsahl und Bestürmung nimmt kein Ende ... da wier die Sache hinterkommen sind auf welche Weise diese Geschichten an uns Vorgenommen wurde wenn nun die Sektion ein Gutachten von Dr. *D.* wünscht so verweisen wier sich doch an das Erste Gutachten wo den auch die Rente wieder anerkannt wurde, warum, suchte die Sechsgohn schon im Nächsten Monat die Rente wieder an sich zu halten, warum schickte sie ohne unseres Wissen oder Willen Abermahlz Dr. *D.*, indem er Vorgab er wolle Y. mahl was vor die Nerfen vorschreiben wehr war das der Dr. *D.* angegeben das er mit solcher Politik ein Närfenheilverfahren suchte Anzubandeln um die möglichkeit herbeizuführen das eine Närfenheilung im Hause nicht Vorgenommen werden könne, wehr hat überhaupt den NerfenArtst Dr. *D.* zu einer Nerfenheilung verlankt, hat Y. Überhaupt einen blassen Schimmer von Nerfenkrankheit, hat die Sektion schon Überhaupt mahl einen richtigen Nerfenkranken gesehn so bedauert Y. sehr das an Ihn ein Nerfenkranker gesucht wird. ..."

Der Voreingenommenheit des Y. gegen den Dr. *D.* nachgebend, fordert die Berufsgenossenschaft Y. am 25. V. 08 auf, sich zur Beobachtung ins Krankenhaus zu O. zu begeben, dessen Leiter noch nichts mit der Sache zu tun gehabt hat, übernimmt die Transportkosten und will Y.s diesbezügliche Wünsche berücksichtigen. Die Eheleute Y. bedauern, krankheitshalber nicht nachkommen zu können und verlangen „Persöhnlich vor Gericht zu Treten zum Schwuhr".

Am 20. VI. beschließt nun die Sektion daraufhin, das Heilverfahren wieder aufzunehmen und Y. einer Landes-Heil- und Pflegeanstalt zur Behandlung zu überweisen auf ein Gutachten des Dr. *D.*, in dem ausgeführt ist, daß Y. ein Unfallhysteriker ist, der seine Beschwerden wesentlich übertreibt, daß bei ihm ferner der Verdacht besteht, daß er unter dem Einfluß gewisser Beeinträchtigungs- und besonders Vergiftungsideen steht; eine Behandlung zu Hause sei zwecklos, vor allem auch wegen des ungünstigen Einflusses der Ehefrau, die „mindestens ebenso erbittert den Kampf um die Rente führt wie Y. selbst". Das Leiden müsse endlich in das rechte Licht gestellt werden, denn noch heute könne man nicht mit Bestimmtheit sagen, bezieht Y. seine Vollrente zu Recht oder nicht. „Der Komödie muß ein Ende bereitet werden. In zahlreichen Briefen und Eingaben beteuern die Eheleute Y. auf das entschiedenste, daß Y. dauernd bettlägerig sei und trotz größter Vorsichtsmaßregeln das Bett nicht verlassen könne. ... Und doch sieht man, wie Y. zu einer Erbschaftsregulierung nach H. fährt, wie er in O. die Wohnung wechselt, wie jeder andere Mensch auf der Straße und auf Treppen sich bewegt und sogar im Schiedsgerichtstermin persönlich erscheint. ... Ohne andere Zwangsmaßregeln wird sich eine Willensänderung und Unterbringung Y.s in eine Anstalt nicht bewerk-



stelligen lassen, einerlei, ob dieser Wille krankhaft beeinflußt oder ein böser ist. Die Berufsgenossenschaften sind schon häufig in solche oder ähnliche Lagen versetzt und haben sich hie und da an die Staatsanwaltschaft gewandt, um eine Entmündigung und dadurch die Möglichkeit, einen Verletzten in einer Anstalt zwangweise unterzubringen, herbeizuführen, sind aber wohl meist mit der Begründung abgewiesen, daß ein öffentliches Interesse nicht vorliegt. In unserem Falle ist vielleicht ein ähnlicher Versuch bei der Armenverwaltung angebracht, der Y. wiederholt, zuletzt im Jahre 1907 zur Last gelegen hat, und die meines Wissens einen Entmündigungsantrag stellen kann, wenn jemand durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt."

Die Armenverwaltung weist einen dahin gestellten Antrag der Berufsgenossenschaft ab, da sie sich nicht für befugt hält, die Unterbringung des — nicht geisteskranken — Y. zu veranlassen. Auch Anstalt und Landeshauptmann lehnen die Aufnahme des Y. zunächst ab und geben anheim, ein Gutachten zu beschaffen, aus dem die Anstaltspflegebedürftigkeit hervorgeht.

Auch die Eheleute Y. legen Berufung ein (Juli 1908):

„Das durch Gutachten des Herrn Dr. *N.* nicht der Geringste Ahalt einer Überführung meines lieben Mannes in einer Anstalt auch sei es in einem Krankenhaus auch nicht in St.: Ihr Mann durchaus nichts heilentes zuerwarten hat Frau Y. es ist höchst lachhaft was soll denn ihr Mann bloß in St. Frau Y. und Herr Y. es ist jede Hilfe ausgeschlossen, das Doktern hat keinen Zweck mehr, sparen Sie ihr Geld da es Ihnen doch nichts mehr nützt, Herr Y. zeigen Sie mir mal ihre Hand ich will den Pulst mahl fühlen. Au Au nah Herr Y., den Pulst da können Sie ja doch wohl nichts daran machen, Au so ein Schwehr Herzkranker Mann will man noch nach St. bringen, ich bewundere bloß Frau Y. wie ihr Mann das hat bloß aushalten können die 7 Jahr ... wenn die Berufsgenossenschaft die Dr Gutachten hochhält so bitten wier das auch Herr Dr. *N.* mit seinem Gutachten nicht verworfen wird. ..."

In der Anlage liegt, wie fast jeder der letzten Eingaben, das Gutachten des Dr. *N.* bei, das von diesem Y. privatim seinerzeit ausgestellt worden ist (s. S. 315) und ihn für transportunfähig erklärt.

Zur Sicherheit wendet sich Y. gleichzeitig an das Arbeitersekretariat, das gleichfalls eine Eingabe an die Berufsgenossenschaft macht, da sich der Arbeitersekretär durch einen Besuch überzeugt hat, daß Y. keinesfalls einer Heilbehandlung gerade in U. bedarf.

Die Eingaben haben den Erfolg, daß das Schiedsgericht beschließt, daß Y. sich auch im Krankenhaus zu O. untersuchen und behandeln lassen kann (19. XI. 08).

Auch hiergegen legt Y. Berufung ein, „da der Zustand noch derselbe is, wie ihn Dr. *N.* Befunden auch ist im Gutachten Dr. *N.* Nirgens eine Heilung nun noch angebracht wie Herr Dr. *N.* mir selbst Gesacht Frau Y.



an ihren Mann ist nichts Heilendes Mehr es hilft weder Kuhr oder Metode auch keine Operatsjohn nitzt ihren Mann an ihren Mann ist nichts zu Offerieren ... so haben wier uns den Schutz des Herrn Polizei-Präsident U. und auch des Herrn Polizei-Kriminal Dr. V. nachgesucht und ist nun auch mehrfach geprift daß das Krankheits-Bild des Y. nun doch keine Verstellung waren und das Erbrechen nun doch in Wirklichkeit nicht nur ein Husten ist ... ich habe keinen Verrückten auch keinen Splönigen oder Hochgradigkeits Nörfößen Mnn, ... und es war meine Flicht mich der Polizei Anzuschließen. ...“

Am 30. XII. 08 wird darauf Y. die Rente auf 9 Monate entzogen.

Jetzt legt Y. Berufung dagegen durch einen Rechtsanwalt ein, nachdem seine Berufung durch das Schiedsgericht abgewiesen. Die Berufung wird im November 1909 vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen.

Vom 1. Dezember 1909 erhält Y. wieder Rente, gleichzeitig wird der Kreisarzt aufgefordert, ihn unvermutet in seiner Wohnung aufzusuchen und ein ausführliches Gutachten über seinen Zustand und darüber abzugeben, ob durch eine Unterbringung des Verletzten in einer geschlossenen Anstalt mit Wahrscheinlichkeit eine nennenswerte Besserung in dem Zustande erzielt werden kann. ... Der Kreisarzt wird gebeten, bei der Sachlage den Besuch gemeinsam mit Dr. *D.* zu machen. Er berichtet im Januar 1910, daß sie zwei vergebliche Besuche gemacht hätten. Bei dem ersten Besuch sei ihnen überhaupt nicht aufgemacht, bei dem zweiten hätten sie Y. wohl und gesund aussehend im Bett liegend gefunden. Er hatte eine Weste und anscheinend auch eine Hose an, doch konnte man das nicht genau sehen, da er krampfhaft das Bettdeck festhielt und sich jede Untersuchung, ja jede Berührung verbat. Er schalt sofort auf Dr. *D.*, sprach klar und flüssig, nur selten von Hüsteln unterbrochen. Auch der Kreisarzt glaubt, daß bei Y. eine schwere Unfallhysterie vorliegt, die am besten in einer geeigneten Anstalt behandelt werde. Daraufhin beschließt die Berufsgenossenschaft erneut die Unterbringung in einer Landes-Heil- und Pflegeanstalt, doch könne sie auch im Krankenhaus zu O. durchgeführt werden.

Dementsprechend wird beschlossen.

Y. sendet den dahingehenden Bescheid zurück (Februar 1909): „Gegen die Sektion II. Wird Ihnen das Schriftstück durch Zusend abermahlz zurückgesand und Belästigen Sie uns nicht mehr mit Dr. *D.* uns Steht er nicht zu Diesen Verwenden Sie ihn wo Sie wollen auch Sehen Sie zu was Sie mit dem Schriftstück des Dr. *D.* Anfangen, die Sache war den doch ein bisgen über den Strich, solche Behandlung sind wir nicht gewöhnt, da missen Sie den doch Anderweitig mit ihren Anträgen und Drohungen vor gen, wir sind es Satt, wir Zeigen Ihnen Getzt vor Bestimmt wo Y. hingehört, da misten wohl keine Gesetze und andere Ärste nicht mehr da sein ... und Verlangen die Sechs Monat Rükstand 1. Oktober 07—1. April 08 und vom 1. April bis 1. Dezember 09 und von andern



Drohung suchen wir unser REchtauf einen andern Weg mage es ausfallen wie es will ... "Am 23. II. 09 fordert der Staatsanwalt in einem Vorverfahren gegen den praktischen Arzt Dr. *D.* wegen Beleidigung des Y. die Akten der Berufsgenossenschaft ein.

Im April zum Schiedsgerichtstermin geladen, senden die Y. die Aufforderung zurück, da sie die Klage gegen die Berufsgenossenschaft bei der Staatsanwaltschaft anhängig gemacht hätten. „In doppelter Ausführung durch Einschreibbrief die Eheleute Y." In einem weiteren Briefe heißt es: „...müssen wier bedauerlicherweise (den Termin) ablehnen, da ein Verfahren gegen die Sektion und ihre Vertrauten schon eingeleitet ist und wir das Hungern nicht mehr ertragen können. ... Diese Treiberei geht nun ununterbrochen schon von April 1906! — So mag die Sektion vor dem Königl. Staatsanwalt aussprechen, wer ihr zu solchen Beleidigungen und Strafverpannungen die Berechtigung gab, und gegen Y. getrieben hat, die Sache muß ihren Abschluß finden, solchen Schandfleck dulden wir unter keinen Umständen in unserer Familie, das Sie dies stets verheimlichten, so sind wir nun direkt in der Lage, es Ihnen vor der K. Staatsanwaltschaft aussprechen zu können, und Sie mit Schimpf und Schande vor aller Welt dastehen. Es wird Ihnen hiermit kund getan, daß die Sache bereits vor der K. Staatsanwaltschaft liegt und keine schiedsgerichtlichen Verhandlungen mehr stattfinden können."

Mit Ablauf April 10 wird die Rentenzahlung wieder eingestellt für 18 Monate.

Am 20. Januar 1911 teilt der Schutzmann X. mit, daß er bei seinen wiederholten Besuchen den Y. stets außerhalb des Bettes angetroffen, bei seinem letzten Besuche habe Y. mit einem Stock in der Hand die Tür geöffnet und ihm gesagt, er verkehre nur mit höheren Instanzen.

In einem Schreiben vom 29. I. 11 teilt der Polizeipräsident mit, er habe die Ehefrau Y. aufgefordert, wegen der Rente nochmals vorstellig zu werden. „Wenn Y. sich bei seiner Armut eine so hohe Rente entgehen läßt, so ist das nur damit zu erklären, daß er geistig nicht normal ist, als geistig normaler oder weniger geisteskranker Mensch würde er sich der Anstaltsbehandlung nicht entziehen. Wenn auch die Annahme des Reichsversicherungsamtes richtig sein mag, daß die bei Y. als Unfallfolge bestehende nervöse Erkrankung durch eine ordnunggemäße Behandlung in einer Heilanstalt gebessert werden kann, so hätte es doch bei richtiger Würdigung des angegebenen Gesichtspunktes zu einem andern Ergebnis kommen müssen. § 23 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes kann m. E. keine Anwendung finden, denn der Verletzte entzieht sich der Maßnahme der Berufsgenossenschaft nicht freiwillig und ohne triftigen Grund, es liegt vielmehr ein subjektiv und objektiv triftiger Grund für Y. vor, er hält sich für geistig normal, und der Gedanke an eine Anstaltsbehandlung verschlimmert seinen ohnehin hochgradig nervösen Zustand".

Die Berufsgenossenschaft bedauert, der Anregung nicht folgen zu

können, da Zweifel bestehen, ob Y. wirklich in so nennenswertem Grade durch Unfallfolgen behindert ist, wie er es nachgewiesenermaßen vorzutäuschen versucht. Die Ehefrau hat offenbar keinen günstigen Einfluß auf ihn. Der einzig gangbare Weg scheint zu sein, daß Y. auf Grund seines Verhaltens und der Tatsache, daß er seine Familie schwer schädigt, entmündigt und für ihn ein Pfleger — aber nicht seine Ehefrau — bestellt wird. Dann müßte er sich einer Behandlung fügen (Februar 1911).

Am 16. III. 11 erklärt Frau Y. zu Protokoll, daß ihr Ehemann sie durch Schlagen derartig mißhandelt hat, daß es ihr unmöglich ist, ihn längere Zeit im Hause zu behalten. Er bekommt des öfteren Wutanfälle....

Die Berufsgenossenschaft schreibt darauf an das Amtsgericht und bittet unter Vorlegung eines Gutachtens, Y. zu entmündigen auf Grund des § 144 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. In diesem Gutachten heißt es unter anderem:

„Leider hat die Ehefrau trotz der wohlwollenden Einflüsse ... ihren Mann stets in seinem Verhalten unterstützt und hat an Stelle der hohen Rente ... lieber Fabrikarbeit geleistet, um sich und ihre Familie zu ernähren. Den Grund hat sie mir nun in einer gestrigen Unterhaltung gestanden. Sie hat Furcht vor ihrem Manne. Sie gibt jetzt zu, daß er ständig in Ideen lebe, daß er vergiftet werde und betrogen, er ist besonders in der letzten Zeit deswegen und wegen eines Erbschaftsprozesses, den er führt, außerordentlich erregt. Er schlägt Frau und Kinder und beschimpft die Nachbarn. Eine Behandlung muß versucht werden und kann nur zwangweise nach Entmündigung geschehen. ...“

Von jetzt an verweigert Y. die Annahme aller Briefe und Einschreibbriefe.

Einen Arzt, der ihn am 22. IX. 11 nochmals untersuchen soll, weist er hinaus. Das Gutachten des Arztes kommt zu dem Schluß, daß auch jetzt bei dem vorzüglichen Ernährungszustand des Y. Besserung in einer Nervenheilanstalt noch zu erwarten sei. H. leide an Unfallhysterie.

Y. wird wieder aufgefordert, sich im Krankenhaus zu melden, es wird mit Entziehung der Rente auf 3 Jahre gedroht. Eine Zustellung des Bescheides an Y. ist unmöglich, da auch Frau Y. die Annahme des Einschreibbriefes verweigert.

Y. wird entmündigt und am 25. VI. 12 ein Vormund für ihn bestellt. Die Vormundschaft scheint der Berufsgenossenschaft erst im Januar 1915 bekannt geworden zu sein, denn in einem Gutachten von Dr. *D.* vom August 1914 erwähnt dieser, das Verfahren scheine eingestellt zu sein. Zum Entmündigungstermin sei Y. nicht erschienen, die Gerichtspersonen habe er genau so aus seiner Wohnung expediert wie die Ärzte. Nach seiner Meinung sei Y. ein geisteskranker Mensch, der wohl körperlich leistungsfähig sei, den aber psychische Hemmungen daran verhinderten, die vorhandene Betätigungsfähigkeit auszunutzen. Diese Hemmungen würden in der Häuslichkeit in ungünstiger Weise beeinflußt. Sie zu beseitigen sei allein langdauernde Anstaltsbehandlung in der Lage.

Darauf wird das Heilverfahren im August 1914 wieder aufgenommen und Y. wieder aufgefordert, sich in die Anstalt zu begeben. Die Bescheide werden von Y. nicht angenommen.

Im April 1915 wird berichtet, daß der Vormund beabsichtige, die Behandlung eventuell zwangweise durchführen zu lassen.

Am 28. VIII. 15 verschwindet Y. mit seinem 13jährigen Sohn aus O. und bleibt zunächst verschwunden. Am 17. X. 15 wird auf dem Bahnhof in S. ein Mann festgenommen, der ohne Papiere ist und einen Jungen bei sich hat. Beide verweigern jede Auskunft. Endlich nach mehreren Tagen gibt der Junge beider Personalien an, und es stellt sich heraus, daß es sich um Y. handelt. In O. eingezogene Erkundigungen führen zu seiner Aufnahme in die hiesige Anstalt. Auch hier verweigert Y. jede Auskunft, er begründet das damit, er könne nur einer Partei angehören. Er ergeht sich in allerlei geheimnisvollen Andeutungen, bittet, ihm sein Verhalten nicht übelzunehmen, aber er dürfe keine Auskunft geben. Wenn es heraus wäre, dann freue er sich schon, Auskunft geben zu können. Sein Verhalten bleibt unverändert, auch als seine Vorgeschichte bekannt geworden ist und ihm davon Mitteilung gemacht ist. Er macht immer geheimnisvolle Andeutungen: er habe sich einer andern Behörde angeschlossen und dürfe deshalb nicht aussagen. Später würde alles herauskommen. Außerdem wüßten die Ärzte ja doch Bescheid. Jeder Person seiner Umgebung gegenüber ist er außerordentlich mißtrauisch; als ein anderer Kranker ganz indifferente Schreibarbeiten auf der Station bekommen hat, wird er erregt und bittet um Verlegung von der Station, da dieser Kranke zur Aufsicht bestimmt sei. Was er damit meint, gibt er wieder nicht an, der Arzt werde schon wissen. Er sähe ein, daß der Anschluß an den Arzt nicht richtig sei. Als er aus dem Wachsaal herausgelegt werden soll, gerät er in sehr lebhaften Affekt: er wolle dort in der Mitte liegen bleiben, damit jeder ihn sähe, was er täte. Nach Hause zurückzukehren weigert er sich gleichfalls mit lebhaftem Affekt, er müsse seine Reise fortsetzen. Eines Abends explodiert er. Er hält den Direktor, der zufällig auf der Station ist, wichtig und lebhaft zudringlich fest mit der Mitteilung, daß er ihm alles anvertrauen wolle. Er schlägt ihm vor, sie beide wollten zusammenhalten und zusammenarbeiten. Es handle sich um eine Erbregulierung. Der Spediteur X., dessen Vater ein Cousin seiner Mutter gewesen wäre, sei vor einer Reihe von Jahren gestorben und habe über ein Million hinterlassen. Die andern Erben, 9 Parteien, hätten ihr Teil bekommen, wie sie ihm selbst gesagt, ihm würde es vorenthalten. Sein Teil läge auf dem Rathause, seine Frau hätte schon heimlich davon bekommen. Er prozessiere schon lange. Aber alle ließen ihn im Stich. Da habe er ins Ausland gewollt, um es dort in die Presse zu bringen. Er sei an der Grenze aber festgenommen worden. „Wenn der Direktor auf seine Seite treten wolle, solle er Zins und Zinseszins des Kapitals haben. Außerdem bekäme er noch von 9 Monaten 78 M. Unfallrente, davon solle der Direktor die Hälfte



haben. Die nächsten Tage ist Y. sehr lebhaft, läuft unruhig im Garten umher und macht viele unverständliche Andeutungen. Er beobachtet seine Umgebung fortdauernd auf das genaueste, mischt sich in alles ein, sieht in allem Beleidigungen, ruft das Wartpersonal zum Zeugen auf bezüglich beleidigender Äußerungen, die der Arzt seiner Meinung nach gegen ihn tut, droht auch mit Anzeigen beim Staatsanwalt, läßt sich Papier geben, schreibt den ganzen Tag, versteckt seine Elaborate stets unter dem Kopfkissen, zeigt sie niemandem. Eines Tages muß er, da er sich in Anordnungen mischt, zwangweise unter heftigen Protesten aus dem Saal entfernt werden und stößt sich dabei etwas am Bein, seitdem hinkt er demonstrativ.

Von seinen früher geklagten Beschwerden, Husten, Blutspucken, Schwäche usw., ist nichts mehr vorhanden, er bewegt sich schnell und gewandt. Auch als mit ihm über seine früheren Beschwerden zu sprechen versucht wird, kehrt keine derselben wieder.

Eine Intelligenzprüfung eingehenderer Art mit ihm anzustellen, gelingt leider nicht. Körperlich ist Y. ein kleiner, gut genährter Mann mit einer Reihe von Degenerationszeichen und Spuren alter Rachitis.

Eine von der Ehefrau des Kranken eingezogene Auskunft besagt, daß Y. wirklich eine Erbschaftssache anhängig gemacht hat, daß dieselbe aber keine großen Fortschritte mache, da man ihn für verrückt halte.

Daran, daß Y. geisteskrank ist, an einer chronischen Paranoia leidet und zurzeit anstaltspflegebedürftig ist, kann nicht der geringste Zweifel bestehen.

Zugleich ist mit der Aufnahme in die Irrenanstalt auch der Zweck des Kampfes, den die Berufsgenossenschaft die letzten Jahre mit dem Verletzten führte und nach der Sachlage führen mußte, endlich, wenn auch in etwas weitläufiger Weise, erreicht, die Situation ist geklärt. „Der Komödie ist ein Ende bereitet.“ Es entsteht die Frage, ob dies nicht einfacher, kürzer und mit weniger Aufregungen, Arbeit und Ärger für beide Parteien möglich gewesen wäre. Die Berufsgenossenschaft ist, das muß hier ausdrücklich hervorgehoben werden, mit einer ganz außerordentlichen Geduld, Langmut und Milde gegenüber dem Verletzten vorgegangen, um eine Nachuntersuchung möglich zu machen, und doch waren alle angewandten Mittel unnütz und mußten versagen, weil sich Y. damals, als er anfing, sich methodisch gegen jede Untersuchung und Beobachtung in einem Krankenhaus zu wehren, bereits im Anfangsstadium einer ausgesprochenen Geisteskrankheit befand. Man kann in den Akten, ich möchte sagen, Schritt für Schritt verfolgen, wie aus dem Verfolgten der Verfolger wird, wie alle die

psychogenen Züge in seinem Krankheitsbild der ersten Zeit von ihm abfallen und immer reiner die Paranoia zum Vorschein kommt. Er spuckt nicht mehr, er bricht nicht mehr, er hustet nicht mehr und hinkt nicht mehr, aber er bleibt jeder Belehrung unzugänglich, jeder Arzt ist sein Feind, er sieht in Allem Machenschaften gegen sich, äußert Vergiftungs- und sonstige Wahnvorstellungen. Schon 1906/07 sind beide in ihren Anfängen nachweisbar. Die von ihm geäußerten Beeinträchtigungsvorstellungen sind auch schon früh aufgefallen, aber eine lange Zeit nicht in ihrer Bedeutung voll gewürdigt worden. Der Hauptnachdruck ist immer im Krankheitbilde auf die Hysterie gelegt worden. Das ist auch, wenn man die ganze Entwicklung des Krankheitbildes verfolgt, erklärlich. Man muß ohne weiteres zugeben, daß im ersten Teil des Krankheitbildes, in dem die hysterischen (psychogenen) Symptome so ganz außerordentlich überwogen, der Verdacht einer Übertreibung und selbst einer Simulation außerordentlich nahe lag, gegenüber dem objektiven Befunde. Aber diese Übertreibung war nur ein Krankheitsymptom. Auch das ist bald erkannt worden, dagegen blieb lange unerkannt, daß diese Unfallhysterie nur das Bindeglied zur Entwicklung einer Paranoia chronica war.

Es lassen sich in dem ganzen Krankheitbilde des Y. sehr gut zwei verschiedene Stadien unterscheiden, in der ersten Zeit ein hysterisches, mit leise anklingenden Beeinträchtigungsvorstellungen, dann die Entwicklung zur Paranoia mit einem schließlich fast völligen Zurücktreten der hysterischen Symptome und Wahnideen, die über den ursprünglichen Kreis der Beeinträchtigungsvorstellungen bereits hinausgehen. Die querulatorischen Züge spielen im ganzen Verlauf nur eine untergeordnete Rolle, Y. queruliert eigentlich nur, wenn er angegriffen wird.

Die jetzt vorliegende psychische Erkrankung muß als Unfallfolge angesehen werden. Es liegt ein Trauma mit einer erheblichen Erschütterung des Körpers (und Beteiligung des Schädels?) vor, bald nach dem Unfall wird eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, „die man als Anfänge einer traumatischen Neurose“ erklären könnte, festgestellt, von ihr laufen zunehmende Brückensymptome hin zur ausgesprochenen Geisteskrankheit. Vor dem Unfall war Y. völlig erwerbsfähig.

Das Bindeglied zwischen beiden darf auch in diesem Falle, ohne

zu sehr ins Gebiet der Hypothese zu gehen, in einem Zustande der Degeneration und geistigen Schwäche gesucht werden, obwohl die Anstellung einer Intelligenzprüfung zurzeit nicht möglich ist. Y. hat eine schwachsinnige Tochter. Sein ganzes Verhalten und Benehmen selbst, seine Eingaben bieten nicht nur die Kennzeichen einer sehr geringen Bildung, sondern offenbaren auch eine sichtliche geistige Schwäche.

Die angestrebte Besserung durch Behandlung in einer geschlossenen Anstalt wird kaum zu erzielen sein. Eine Kapitalabfindung zur richtigen Zeit hätte vielleicht vermocht, dem Verlauf eine andere Wendung zu geben.

Die Frau, der ein ungünstiger Einfluß auf den Krankheitzustand ihres Mannes zugeschrieben wird, ist aller Wahrscheinlichkeit nach — ebenso wie der Sohn — induziert, nach einem Briefe hält sie offenbar auch heute noch nicht die Wahnvorstellungen Y.s bezüglich der Millionenerbschaft für krankhaft.



Psychosen bei Frauen im Zusammenhang mit dem Kriege.

Von

W. Suckau, Assistenzarzt in Frankfurt a. M.

Bei einer Zusammenstellung von Kriegsneurosen und Psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen liegt die Frage nahe, was man überhaupt von den Kriegsbeobachtungen an allgemeinen Erkenntnissen auf dem Gebiete der Neurosen und Psychosen erwarten darf. Soviel läßt sich schon jetzt übersehen, daß wir kaum neue Krankheitstypen finden werden, vielmehr werden die pathogenen Schädlichkeiten des Krieges den bereits bekannten zum mindesten der Quantität nach entsprechen.

Wir können die Neurosen und Psychosen des Krieges einteilen in solche, die im Felde, und solche, die in der Heimat erworben wurden, und bei letzteren Männer und Frauen gesondert betrachten. Im Folgenden will ich nur auf die Psychosen der Frauen eingehen, soweit der Krieg auf sie eingewirkt zu haben scheint, vorher aber kurz die Literatur berühren.

Was das Allgemeinpsychologische und Pathopsychologische anbetrifft, so sagt *Birnbaum*[3] über die allgemeinen psychischen Veränderungen, die unter dem Einflusse des Krieges und insbesondere des Kriegsausbruches zustande kamen, folgendes:

Wollte man versuchen, all diese plötzlichen und weitgehenden seelischen Umgestaltungen einheitlich zu fassen, so ließe sich dies wohl am ehesten durch Heraushebung eines Phänomens, des akuten Überwertigwerdens des Kriegskomplexes, ermöglichen. Die starke Heraushebung und die absolute Vorherrschaft dieses einen, Vorstellungskreise von allerstärkstem Gefühlswert umfassenden, Gedankenkomplexes im Bewußtsein und überhaupt im ganzen seelischen Leben, wie sie das Wesen der Überwertigkeit ausmacht und — zum mindesten am Anfang des Krieges — in ausgeprägtester Weise hervortrat, erklärt die verschiedensten Erscheinungen, so die völlige Beherrschung der Gedankenwelt, die nur auf ihn gerichtet

war, nun alles nur unter diesem einen Gesichtspunkt betrachtete und damit in Verbindung brachte; die vollkommene Absorption des Interesses, das nunmehr keine andern Interessen mehr kannte und selbst von den wichtigsten, bisher dominierenden persönlichen Dingen ganz abgelenkt und weggezogen wurde. Der allgemeine ethische Hochschwung, der mit dieser Außerachtlassung der Sorge um das eigene materielle und körperliche Wohl Hand in Hand ging, ist besonders aufgefallen.

Die Nichtbeachtung der eigenen körperlichen Beschwerden, des Hauptinteressenkreises für viele, hat nach *Leppmann* [13] selbst im Gefängnis trotz gleichbleibender Kopfzahl der Gefangenen die Zahl der Vormeldungen zum Arzt vom 1. Kriegstage an mit einem Ruck auf die Hälfte und tiefer zurückgehen lassen und nach *Hoche* [9] die Luxussanatorien geleert, so daß von einer Besserung des nervösen Durchschnittszustandes in gewisser Richtung bei der Zivilbevölkerung die Rede sein könnte. Weiter erklärt sich aus dieser Überwertigkeit des Kriegskomplexes jene Umwälzung im Wertungsbereich, jene Nivellierung aller bisherigen Werte, jene Verschiebung aller sonst geltenden Wertmaßstäbe und Aufhebung sämtlicher Wertabstufungen, die alle bisher schwerwiegenden Unterschiede, alle bisher hochgehaltenen Differenzen und Gegensätze im sozialen, wirtschaftlichen, konfessionellen, politischen Leben auf einmal umwarf und zum Schwinden brachte. Auch der ungewöhnlich starke und lebhafte Gefühls- und Willensimpuls, der überall da zur Geltung kam, wo dieser nunmehr allein noch bedeutsame, alles beherrschende Lebenswert in Frage kam (Kriegsfreiwillige!), läßt sich zwanglos auf diese Verschiebung der seelischen Maßbeziehungen zugunsten eines Inhalts, die Monopolisierung der Gefühlstöne für diesen einen Komplex zurückführen.

Bonhoeffer [4] weist auf die durch die starken Affektstöße beim Kriegsausbruch erzeugte Störung des Affektgleichgewichts hin und sagt: wenn man der Symptomatologie der eigenartigen, damals auf der Straße herrschenden Stimmung nachgeht, so ist es interessant, daß sie in den wesentlichsten Zügen das zeigt, was wir beim Einzelindividuum aus der Pathologie des Affektes bei den überwertigen Ideen kennen. Es gab da eine Fülle von Mißdeutungen, welche damals die harmlosesten Erscheinungen im Sinne der vorgestellten Gefahren auffassen ließen. Es war das nichts anderes, als was wir unter dem Einfluß gesteigerter oder krankhafter Affektwirkung als Beziehungswahn kennen. Die drei Spione, die mir damals zur Beurteilung kamen, geben charakteristische Beispiele dafür. Der erste war vom Publikum ergriffen und als Spion entsprechend behandelt worden, weil er coram publico auf eine Mauer geklettert war, um in einen Kasernenhof hineinzusehen. Man hätte sich bei geringerer Affektspannung sagen können, daß der gewählte Weg nicht der bei einem Spion vorauszusetzenden Schlauheit entsprach. In der Tat hatte es sich um einen Imbezillen gehandelt, der schon früher in Behandlung gewesen war. Für die Festnahme des zweiten Spions hatte es genügt, daß er in seinem



Äußeren den polnischen Juden und den Ausdruck hilfloser Angst zu erkennen gab, bei dem dritten hatte die Tatsache, daß er viel gereist, beruflos war und bei mäßiger Equipierung verhältnismäßig viel Geld besaß, ausgereicht, die Verhaftung zu veranlassen.

Eine zweite zu dem Gebiete der Massenpathopsychologie gehörende Erscheinung erwähnt *Bonhoeffer* noch, nämlich die erstaunliche Leichtigkeit, mit der sich im Publikum Gehörtes in kürzester Zeit in der Erinnerung umgestaltete und einen der gerade überwertigen Idee entsprechenden, mit dem Gehörten oft nur entfernt ähnlichen Inhalt annahm, so z. B., daß die Nachricht der Niederlage der aus Belfort gegen Mülhausen vorgerückten französischen Truppen mit größter Geschwindigkeit trotz aller inneren Unwahrscheinlichkeiten die Nachricht von dem Falle Belforts wurde.

Im Hinblick auf jene Phänomene hält *Roth* [22] die durch die Affekterregung gesteigerte Empfänglichkeit weiterer Kreise für Ideenübertragungen für geistige Infektion, *Stelzner* [25] spricht sogar direkt von „aktuellen Massensuggestionen".

Von den Beobachtungen über die natürlichen seelischen Wirkungen der Kriegserregungen beim Heere im Felde sagt *Birnbaum* [3], daß sie so gut wie ganz fehlen, wenngleich es von besonderem Werte wäre, wenn geübte Fremd- und Selbstbeobachter neben den aus Feldpostbriefen bekannten seelischen Äußerungen des Mutes, der Tapferkeit, des Gleichmuts, der Geistesgegenwart usw. auch jene schildern würden, denen man sonst bei katastrophalen Ereignissen in Leib und Leben bedrohenden Situationen immer wieder zu begegnen pflegt, und die pathogenetisch schwerer ins Gewicht fallen.

Weygandt [27] erwähnt Selbstbeobachtungen von Kämpfern, bei denen im Kugelregen die Affekte ganz zurücktraten, und bringt dies in Beziehung mit dem bekannten Auslöschen der Affekte, jenem eigentümlichen Gleichmut und Apathie, wie sie bei Katastrophen (Erdbeben, Eisenbahnunglücken, Grubenunglücken und dergleichen) von *Bälz*, *Stierlin* [26], *d'Abundo* [1] und *Kreuser* [12] und andern beschrieben wurde.

Aus *Münzers* [19] direkt im Felde gewonnenen psychologischen Beobachtungen ersehen wir, daß auf dem Schlachtfelde eine Reihe von Eindrücken von wechselnder Art und Stärke auf den Verwundeten einwirken, so der Wundschmerz, Fehlen von Speise und Trank, Ausharren im Kugelregen usw.

Neumann [20] erwähnt auf Grund seiner Feldbeobachtungen, wie durch Kleinigkeiten (Eintreffen der Post, Witze usw.) die Stimmung der Kompagnie gehoben werden konnte, und teilt zur Charakteristik der psychischen Wirkungen der Kriegsereignisse mit, daß ein übler Trinker während einer heftigen Kanonade in einem vollen Weinkeller saß und nichts trank.

Roth [22] weist auf den Zufluß an Nervenenergie hin, den Zuwachs an Nervenspannkraft, der dem Heere aus der allgemeinen Begeisterung und andern geistigen und ethischen Kräften zuströme.



Auf die einzelnen Krankheitsformen, wie sie bei den Soldaten des Feldheeres aufgetreten sind, näher einzugehen, würde zu weit führen, ist auch nicht die Aufgabe dieser Arbeit, da hier uns die Zivilbevölkerung, speziell die weibliche, interessiert. Ich weise auf die Aufsätze von *Mendel* [14], *Wollenberg* [28], *Bonhoeffer* [5], *Oppenheim* [21], *Meyer* [15], *Singer* [24] und *Hahn* [8] hin, die die einzelnen Krankheitsformen bei den Soldaten (psychogene Störungen, Schreckneurosen, hysterische Zustände, traumatische Neurosen, Neurasthenie und psychisch-nervöse Erschöpfungszustände, Alkoholismus, Epilepsie, progressive Paralyse, Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, Imbezillität, symptomatische Psychosen und andere funktionelle Nervenstörungen) genau beschrieben haben.

Über die Häufigkeit der Psychosen und Neurosen im gegenwärtigen Kriege kann man selbstverständlich noch keine erschöpfende Statistik aufstellen. Der allgemeine Eindruck bei den Beobachtungen im Felde sowohl wie in der Heimat ist der, daß sie viel seltener vorkommen, als man erwarten mußte. Während nun vorauszusehen ist, daß bei den Kriegsteilnehmern, wie im Burenkriege und im russisch-japanischen Kriege, auch in diesem Feldzug eine Zunahme der psychischen Störungen erst gegen Ende des Krieges oder nachher erfolgen wird, ist anzunehmen, daß bei der Zivilbevölkerung eine Steigerung der Erkrankungszahl während der Mobilmachungsperiode zu verzeichnen sein wird. Gerade die Mobilmachungsperiode hat auf die Zivilbevölkerung besonders erregend gewirkt, und da der Krieg anerkanntermaßen ein starker Reizfaktor ist, so sind im Zusammenhang mit ihm abnorme Ausprägungen psychopathischer Veranlagungen, ungewöhnliche Verstärkungen bestehender psychopathischer Züge sowie psychopathische Reaktionen auf natürliche Reize genügend aufgetreten. Solche Erregungs- und Verwirrtheitszustände zum Teil hysterischen Charakters, Phobien, Angst- und depressive Zustände, wie sie von *Hoche* [9] und *Bonhoeffer* [4] beschrieben werden, werden wir in den Krankengeschichten, die am Schluß dieser Arbeit angeführt werden, finden. Interessant sind auch die Ausführungen von *Wollenberg* [26] und *Singer* [24] über die Erregungszustände der Zivilbevölkerung in der Zeit der Mobilmachung. *Wollenberg* führt speziell in dieser Periode aufgetretene Erregungszustände der Psychopathen an, die sich meist durch schwere Angstaffekte auszeichneten und zuweilen mit religiös exaltierter Färbung und pathetischer Redeweise einhergingen. Der Gedanke, für einen Spion gehalten und erschossen zu werden, spielte dabei eine große Rolle. Meist beruhigten sich solche Kranken sehr bald. Es handelte sich in solchen Fällen meist um krankhaft veranlagte, mehr oder weniger schwachsinnige Individuen, bei denen noch als Nebenursache der Alkoholmißbrauch eine Rolle mitspielte. *Singer* [24] erwähnt Erregungszustände, in deren Verlauf Schlaflosigkeit, Beklemmungsgefühle, funktionelle Krämpfe auftraten. Er erzählt von zwei erblich belasteten Jungen von 16 und 17 Jahren, die in der Mobilmachungsperiode jede Nacht pavor nocturnus-ähnliche An-



fälle bekamen, wobei sie unter ängstlicher Erregung aus dem Bett sprangen, die Arme zum Schießen anlegten und unter dem Ruf: „Die Russen!“ auf den Ofen einhieben. Nachher fehlte beiden die Erinnerung an das Vorgefallene. *Katz* [11] führt Beobachtungen von Angstzuständen an mehreren 6—10 Jahre alten Kindern, vorwiegend Mädchen, an, die mehr oder weniger schwer belastet, aber bisher völlig gesund, durch Erzählungen vom Kriege und seinen Greueltaten geängstigt worden waren und infolgedessen daran denken mußten. Die Kinder wurden blaß und schlaff mit müdem, melancholischem Gesichtsausdruck, hörten von Zeit zu Zeit mit Spiel oder irgendeiner anderen Beschäftigung auf, träumten vor sich hin oder liefen unruhig hin und her. Nach einiger Zeit, 5—15 Minuten, begannen sie wieder mit ihrer Tätigkeit. *Katz* [11] beobachtete auch in dieser Zeit äußerst häufig Fälle von Enuresis nocturna und Pollakiurie und glaubt, daß diese Fälle psychischen Ursprungs seien.

Auch *Cimbal* [6] und *Fuchs* [7] sprechen von Mobilmachungspsychosen; interessant sind uns besonders die Ausführungen von *Fuchs*, der die Diagnose „Mobilmachungspsychose“ ätiologisch-symptomatologisch aufgefaßt haben will. Man muß daher annehmen, daß er damit eine besondere Krankheitsform bezeichnet. Er nimmt an, diese Mobilmachungspsychose sei eine Geisteskrankheit, die aus einer primären, durch die Mobilmachung erzeugten Erregung hilfloser Angst mit einer Art von logischer Steigerung herausgewachsen ist. Er sieht also in der Mobilmachungspsychose eine Art psychogener Störung besonderer Färbung, die unter dem Einfluß der Mobilmachungsaufregung und durch sie symptomatologisch bestimmt ist.

In einem neueren Aufsatz von *Meyer* [16] über den Einfluß kriegerischer Ereignisse auf die Entstehung geistiger Störungen in der Zivilbevölkerung handelt es sich um eine äußerst interessante Erkrankung dreier Familienmitglieder, Flüchtlinge aus Memel beim Russeneinfall, die von einer der akuten Halluzinose der Trinker entsprechenden Störung gleichzeitig befallen wurden. Schwere körperliche und seelische Erschöpfung wirkten hier offenbar nicht psychogen, sondern wie ein körperliches Leiden mit dem gleichen Effekt. Die Krankheit verlief im wesentlichen als traumhafte Bewußtseinstrübung mit sehr zahlreichen, außerordentlich lebhaften Sinnestäuschungen auf allen Gebieten, mit besonders vielfachen illusionären Ausdeutungen und Wahnideen, starker Angst und Erregung; besonders bezeichnend war die eigenartige wahnhafte Verfälschung der gesamten Vorkommnisse, alles erschien ihnen geheimnisvoll, voll dunkler Andeutungen und Beziehungen, verändert, wie weit entfernt wirklich und doch unwirklich, wie auf der Bühne. Dabei haben die wahnhaften Andeutungen im Verein mit den Halluzinationen und Illusionen sich zu einem Wahnsystem zusammengeschlossen, in dem alle die an sich rätselhaften Vorkommnisse für die Kranken innerlich zusammenhängend und logisch begründet erschienen. Dabei war anscheinend stets die Orientierung zur Person, meist auch die über Ort und Zeit erhalten, und das äußere Verhalten, abgesehen von zeitweisen Erregungen, im wesentlichen geordnet.



Jörger [10] veröffentlicht Krankengeschichten von 17 Fällen, bei denen das Auftreten eines katatonischen Anfalls auf das psychische Trauma der Mobilisierung mit ihren Aufregungen zurückgeführt werden mußte. In allen Fällen konnte die Diagnose auf Schizophrenie schon aus der Anamnese gestellt werden; es handelte sich teils um Personen, die schon lange vorher manifest krank waren, teils um solche, die sich im Remissionsstadium befanden, als der neue Anfall einsetzte, teils endlich um solche, die früher praktisch als gesund galten. Der Anfall äußerte sich als leichter Dämmerzustand mit stets ängstlicher Aufregung. Diese Arbeit ist für uns deshalb insbesondere interessant, weil hier 4 Frauenfälle mit angeführt werden, die mit den später zu beschreibenden gewisse Ähnlichkeiten besitzen; auch hier ging der Anfall in ein mehr oder weniger chronisches Stadium über, während er bei den Männern rasch abklang.

Der Einfluß des Krieges auf schon bestehende Geisteskrankheit bei den Soldaten ist von den obenerwähnten Autoren genau beschrieben. In diesem Falle waren meist Verschlechterungen des Zustandes, Verstärkung und Häufung von Anfällen und sonstigen episodischen Störungen bei Psychopathie, Epilepsie, Hysterie, psychogener Disposition eingetreten. Bei der geisteskranken Zivilbevölkerung erwies sich der Einfluß des Krieges, der im Gegensatz zum Felde nur ein ganz begrenzter und rein psychischer sein kann, verhältnismäßig als ein ganz geringer. Unter diesem Gesichtspunkte sind von *Meyer* [17] die Geisteskranken der Königsberger Klinik untersucht worden, wie weit die Wellen der Erschütterung, die mit dem Kriege die gesamte Bevölkerung trafen, diese Psychosen erreichten und beeinflußten. Die Bedingungen für eine solche Beobachtung waren insofern günstig, als es sich hier um eine große Festung, nicht weit von der russischen Grenze entfernt, handelte. Das Ergebnis der Untersuchung von 53 Kranken der verschiedensten Art war dies, daß eine nach außen bemerkbare Beeinflussung durch den Kriegsausbruch bei schon bestehender Psychose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht nachweisbar war, einerlei, welche Krankheitsform vorlag, höchstens bei einem oder zwei der ziemlich zahlreichen Depressionszustände, die ins Gebiet des manisch-depressiven Irreseins, der klimakteriellen, senilen und arteriosklerotischen Prozesse gehörten, machte sich eine Steigerung der Angst und Unruhe bemerkbar. Allerdings kamen, wenigstens bei den ausgeprägtesten Fällen dieser Art, hinzu, daß der Heimatsort und damit eigene Habe ganz besonders gefährdet war. Gegenüber diesem Fehlen einer äußerlich erkennbaren Einwirkung auf die Kranken war nachzuweisen, daß der Ausbruch des Krieges als solcher oder zum mindesten der Umstand, daß etwas Besonderes vor sich ging, in der überwiegenden Mehrzahl zur Auffassung gekommen war, doch hatten die Kranken den Kriegskomplex nicht verarbeitet, wenn von den erwähnten melancholischen und vielleicht einem Paralytiker, der mit der Idee eines schußsicheren Panzers wieder hervortrat, abgesehen wird. *Meyer* erklärt diesen mangelnden Einfluß

daraus, daß es sich hier nicht um Einzelerlebnisse handle, die im allgemeinen bestimmend und richtunggebend für den Inhalt der Wahnideen zu werden pflegen. Im einzelnen trat bei chronischem Alkoholismus und ebenso bei Paralyse und Dementia praecox der Ausfall auf affektivem Gebiete, das Bestehenbleiben der krankhaften Betonung des Ichkomplexes klar hervor, bei letzterer insbesondere wieder der Zwiespalt zwischen gemütlicher Ansprechbarkeit und dem übrigen psychischen Geschehen, der Gegensatz zwischen mehr oder weniger sachlicher Überlegung und Mangel der entsprechenden Affektbetonung. Bei den manisch gefärbten Krankheitsbildern bestand Teilnahme, aber nicht tief, bei Melancholischen hinderte die hochgradige depressive Gefühlsfärbung jede Beeinflussung.

Das gleiche Ergebnis hatte auch die Untersuchung von noch 70 weiblichen Kranken der Anstalt Tapiau, nachdem diese tagelang unter schwerem russischen Geschützfeuer gestanden hatte, mehrfach getroffen war und einige Tote und Verwundete bekommen hatte. Von diesen Kranken, meist alten Schizophrenen, sprachen am nächsten Morgen nur einzelne vom Schießen, einige wollten abends unter das Bett kriechen, zum Teil wußten sie auch vom Kriege Bescheid, aber eine wirkliche Beeinflussung bestand trotz schwerer direkter Kriegseinwirkungen auch hier nicht.

Wir kommen nun zu der Frage: Gibt es eine Kriegspsychose im wahrsten Sinne des Wortes? Eine lediglich durch den Krieg hervorgerufene Geistesstörung eigener Art? Diese Frage wird von allen Autoren, *Bonhoeffer* [4], *Oppenheim* [21], *Meyer* [18], *Wollenberg* [28] usw., strikt vereint.

So wenig es eine Wochenbettpsychose im Sinne einer psychiatrischen Entität gibt, gibt es eine Kriegspsychose. Der Begriff der Kriegspsychose stammt aus der Zeit, in der nach dem Inhalt der Wahnvorstellungen ein religiöser, ein erotischer, ein hypochondrischer, ein Erfinder-, ein Größenwahn als gesonderte Krankheiten galten. Da während eines Krieges naturgemäß auch der Inhalt der Vorstellungen des Geisteskranken vielfach dem Kriege und seinen Erlebnissen entnommen wird, so schien es naheliegend, von Kriegspsychosen in diesem Sinne zu sprechen. Immerhin wird doch manches Charakteristische an den im Kriege entstandenen psychischen und nervösen Störungen angeführt, was sie von den unter andern Verhältnissen zustande gekommenen Erkrankungen gleicher Art abhebt.

Da es nun bekannt ist, daß affektbetonte seelische Inhalte die Tendenz haben, innerhalb einer bestehenden Psychose zur Geltung zu kommen und sich in den verschiedensten Symptomen und mannigfaltigsten pathologischen Formen niederzuschlagen, und da man ohne weiteres annehmen kann, daß der Kriegskomplex im Symptomenbilde der Kriegspsychosen entsprechend wirksam wird — dies ist schon



durch frühere Kriegserfahrungen (*Awtokratow* [2] usw.) hinreichend bestätigt worden —, so kann man als Symptomenbezeichnung durch den Krieg von einer „Kriegsfärbung“ sprechen. Gerade bei den Soldaten ist diese Kriegsfärbung der Symptome, speziell der Sinnestäuschungen und Wahnideen, aber auch des sonstigen Gedankeninhaltes, wodurch der inhaltliche Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen bezeichnend zum Ausdruck kommt (*Mendel* [14], *Singer* [24], *Samuel* [23], *Meyer* [18]), vielfach nachgewiesen worden. Auch bei *Jörgers* Beobachtungen läßt sich an den Schizophrenien der Mobilmachungserregung eine gewisse Kriegsfärbung im Inhalt der Halluzinationen und Wahnideen herauserkennen.

Wenn nun bei dem Manne, speziell bei dem Soldaten dieses Herauserkennen der Kriegsfärbung keine besonderen Schwierigkeiten macht und meist deutlich zutage tritt, ist dies bei der Frau in der Heimat meist nicht so leicht. Denn sie kommt ja mit dem Kriege direkt gar nicht in Berührung und hört nur indirekt durch ihren Ehemann, Bruder usw., Lektüre oder übertriebene Gerüchte vom Kriege, seinen Greueltaten und seinen Schrecknissen.

Deswegen ist es auch interessant, solche geisteskranken Frauen kennen zu lernen und zu sehen, inwieweit der Krieg auf die Psychosen solcher Frauen eingewirkt hat.

Ich bringe nun 16 Krankengeschichten durchweg solcher Frauen, deren Ehemänner sich im Felde befinden, bzw. schon gefallen sind [1]).

Fall 1. Frau K. S., 46 Jahre alt, seit 6 Jahren verheiratet. Mann zurzeit im Felde. Mutter schwachsinnig, Vater kein Potator.

Pat. leidet schon seit mehreren Jahren an Herzkrämpfen, sie verliert das Bewußtsein, läßt sich vom Stuhl fallen. Es macht nach Aussagen von Bekannten den Eindruck von Verstellung. Sie hat sich nie in die Zunge gebissen, nie benäßt. So ein Zustand dauert nur ganz kurz; wenn sie einen Anfall gehabt hatte, so schickte sie alle weiblichen Personen weg, wollte nur Männer in ihrer Nähe haben. Sie trinkt ziemlich stark, nur Schnaps, ißt nur wenig. Seitdem der Mann im Felde ist, führt sie mit einem Gesellen die Schlosserei. Pat. hatte ihre Werkstatt dem Militär zur Verfügung gestellt, es arbeiteten da drei Soldaten für das Heer. Seitdem die Soldaten dort arbeiten, bekam sie häufig Anfälle, sie ließ sich von den Soldaten ins Bett bringen. Es wird von den Nachbarn gemutmaßt, daß sie sich mit Soldaten eingelassen habe und in andern Umständen sei. Eines Tages

[1]) Diese Fälle entstammen der Irrenklinik zu Frankfurt a. M. (Dir. Prof. Dr. *Sioli*).



wurde sie bewußtlos aufgefunden, die Gashähne waren aufgedreht. Sie hatte einen sehr verworrenen Brief hinterlassen, es stand darin einiges von einem Unteroffizier K. (dieser hat öfters bei Pat. revidiert). Am Tage vor dem Selbstmordversuch waren ihr die Soldaten entzogen worden, weil sich diese mit ihr zu viel beschäftigen mußten (Kohlentragen, für das Kind sorgen und dergleichen). — Pat. hat zwei Kinder, das jüngste ist ³/₄ Jahre alt, das andere 2½ Jahre; dieses ist schon längere Zeit wegen Lungenkrankheit im Krankenhause. Pat. äußerte öfters Selbstmordideen, ließ sich auch manchmal Salzsäure holen. Pat. lebte in ihrer Ehe nicht glücklich, machte sich Vorwürfe, daß sie keine bessere Partie gemacht habe. Pat. stillt, hat dadurch gestörte Nachtruhe, hat viel Arbeit und Aufregung durch das Geschäft. Als Kind war sie kräftig, lernte in der Schule gut, war 19 Jahre lang Krankenschwester und hatte Freude an diesem Beruf. — Somatischer Befund: Mittelgroße, kräftige Frau, gut genährt, innere Organe o. B. Würgreflex fehlt. Dermographismus vorhanden. Pupillen und Gang o. B. Zunge gerade heraus. Reflexe etwas lebhaft. — Während ihres Aufenthaltes im Krankenhause verhält sich Pat. ruhig, nimmt genügend Nahrung zu sich. Wird nach 8 Tagen gebessert entlassen.

Fall 2. Frau A. H., 45 Jahre alt. Mann im Felde gefallen. Über das Vorleben der Pat. nichts bekannt. Seit 11 Jahren verheiratet, 2 Kinder von 10 und 4 Jahren, gesund, keine Mißfälle. Pat. war stets eine fleißige und ordentliche Frau, immer gesund, tat nie etwas Auffälliges, stets vergnügt. Der Mann fiel vor 4 Wochen; vor einigen Tagen bekam Pat. die Nachricht, regte sich sehr darüber auf, äußerte keine Suizidideen. Eines Mittags kamen plötzlich die Kinder der Pat. zu einer ihr bekannten Frau und brachten einen Brief und den Wohnungsschlüssel. In dem Briefe bat Pat., für die Kinder zu sorgen, sie könne es nicht mehr ertragen, sie wolle vereint mit ihrem Manne sein; man eilte in ihre Wohnung, fand Pat. bewußtlos, die Gashähne waren aufgedreht. Pat. wurde in die Irrenanstalt aufgenommen, war in der ersten Zeit sehr unruhig.

Auf unsere Fragen antwortete Pat. ruhig und prompt: [Namen?] A. H. [Wie geht es Ihnen?] Ich habe etwas Kopfschmerzen und habe eben gebrochen, aber sonst geht's mir ganz gut. [Alter?] 45 Jahre. [Wo sind Sie hier?] Im Irrenhaus. [Warum sind Sie hier?] Mein Mann ist gefallen. [Haben Sie sich darüber aufgeregt?] Ja! [Was haben Sie sonst gemacht?] Nichts mehr! [Haben Sie nicht den Gashahn aufgedreht?] Nein! [Wollten Sie nicht sterben?] (Schüttelt den Kopf.) Ich hab' doch 2 Kinder, da darf ich doch nicht, die muß ich doch großziehen. [Was haben Sie heute gemacht?] Es waren Besuche da, haben kondoliert! [Wieviel Kinder haben Sie?] Zwei! [Wann ist Ihr Mann gefallen?] Am 5. März. [Wo?] In Rußland! [Wann haben Sie es erfahren?] Heute vor 8 Tagen. [Warum sind Sie hier?] Ich weiß nicht! [Haben Sie wirklich nichts gemacht?] Nein — nein! [Haben Sie heute einen



Brief geschrieben?] Nein, gestern abend an alle Leute, die mir kondoliert haben.

Somatischer Befund: Mittelkräftige Frau, mittelstarker Knochenbau, mäßiger Ernährungszustand, Würgreflex fehlt, innere Organe o. B. Pup. reag. prompt auf Licht und Konvergenz. Fac. symmetrisch, Motilität frei und Kniephänomene sehr lebhaft. Gang sicher. Pat. verhält sich während ihrer Behandlung im Krankenhaus ruhig, nimmt genügend Nahrung zu sich, schläft gut. Zur Charakteristik ihres Zustandes sei ein Brief erwähnt, den sie aus dem Krankenhaus an ihren Bruder schrieb.

„Lieber Karl! Für deine aufrichtige Teilnahme aus dem Feld sage ich Dir meinen innigsten Dank. Du weißt ja, was ich verloren habe, und brauche die frischen Wunden nicht von neuem aufzureißen. Leider bin ich nicht so leicht darüber hinweggekommen, aber jetzt muß ich tapfer sein, der lieben Kinder wegen. Lieber Karl, ich werde Dir später von Josephs traurigem Ende erzählen, jetzt in meinem tiefen Weh ist es mir nicht möglich, hoffentlich können wir uns später nach dem Kriege die Hände drücken.

Mit dem Wunsche, daß bald Friedensschluß ist, und Du alle Deine Lieben wieder siehst, möchte ich schließen und hoffe, daß es Dir bis dahin gut geht. Mit stillem Gruße:" Unterschrift.

Fall 3. R. R. 30 J. alt, Ehemann im Krieg. Die älteste Schwester der P. seit ungefähr 20 J. in einer Irrenanstalt. Die Mutter der P. hat starke Neigung zu Schwermut. Bei entfernten Verwandten der Mutter sind 3 Fälle von Geisteskrankheit vorgekommen. Vater gesund. P. war immer gleich sehr erregt. Als Kind sehr eigensinnig, lernte in der Schule gut. Seit 6 Jahren verheiratet. Ein Kind von 4 J.; dies sehr zornig, legt sich auf den Boden und schreit stundenlang, wenn ihm sein Wille nicht getan wird. Der Mann der P. steht seit der Mobilmachung im Felde. Seit dieser Zeit ist sie sehr niedergeschlagen, weinte viel, kochte nicht mehr, äußerte, sie wolle sich mit ihrem Kinde verhungern lassen, wollte fortlaufen, war besonders abends sehr unruhig. Vor 8 Tagen war der Mann der P. 3 Tage lang hier auf Urlaub, als er fortging, war sie sehr erregt, erklärte, sie könne nicht mehr leben, sie habe starke Kopfschmerzen. Es erfolgte darauf Aufnahme ins Irrenhaus. Auf unsere Fragen anwortet P. wie folgt: [Name?] R. R. [Alter?] 30 Jahre. [Warum sind Sie hier?] Soviel geweint habe ich und ich möchte doch gerne wieder zu meinem Kind, und tue auch nicht mehr weinen, ach tun Sie mir doch den Gefallen und lassen Sie mich fort. Ich muß doch auch arbeiten. Ich habe nur geweint, weil mein Mann fort ist in den Krieg. Er hat mich jetzt besucht und ist wieder fort und da habe ich ein Wort gesagt, das war doch nicht so gemeint, meine Schwägerinnen haben das anders aufgefaßt, man sagt doch viel. [Was haben Sie gesagt?] Ich müßt' sterben, icht wollt' sterben, wenn mein Mann nicht mehr wiederkommt. Ich tät' nicht mehr kochen! Wie mein Mann fort war, habe ich immer wieder geweint, aber ich tu's nicht mehr, ich



hab' mir's gestern vorgenommen. Abends, wenn ich gebetet habe, habe ich viel geweint, seit dem Kriege, und dann konnte ich nicht schlafen. Ich und mein Mann hatten uns arg gern, und da fällt's halt schwer, wenn er fort ist. Aber ich habe meine Arbeit immer gemacht, war Putzfrau, und meinen Haushalt habe ich immer gut besorgt; bloß in der letzten Zeit nicht, da hatte ich Husten, da habe ich ja im Hause alles liegen lassen, habe gerade nur das Notwendigste für das Kind besorgt.

Somat. Befund: Klein, mittelstarker Knochenbau, mittlerer Ernährungszustand, innere Organe o. B. Refl. lebhaft. Pup. reag. prompt auf Licht und Konv. Fac. symmetrisch. Zunge gerade heraus. Pat. ist während ihrer Behandlung im Krankenhaus immer sehr niedergeschlagen, zeitweise sehr erregt, weint sehr viel, selten macht die Traurigkeit einem stillen Vergnügtsein, bei dem sie sich unterhält und mit Hausarbeit beschäftigt, Platz.

Nach 3monatiger Behandlung wird sie auf Wunsch ihrer Verwandten entlassen, doch gegen Revers, da der Entlassung Bedenken entgegenstehen.

In diesen 3 Fällen handelt es sich um Hysterische. Während nun bei Fall 1 als Krankheitursache der Alkoholmißbrauch hauptsächlich in Betracht kommt und von einer Kriegsfärbung nicht viel zu entdecken ist, können wir bei den beiden andern Fällen ohne weiteres annehmen, daß der Krieg das auslösende Moment für die Krankheit war. Bei Fall 3 kommt noch die hereditäre Belastung hinzu. Hier geht auch die Krankheit tiefer, so daß der Heilungsprozeß nur langsamen Verlauf nimmt und die melancholische Depression nur schwer weicht. Nach ca. 8 Monaten erfahren wir von dem Ehemanne, daß es der Pat. wieder recht gut gehe. Sie habe keine Kopfschmerzen mehr, fühle sich nicht mehr müde und sei auch nicht mehr furchtsam.

Fall 4. Frau B. G., 30 Jahre alt. Ehemann im Felde. Seit 4 Jahren verheiratet. Von der Jugendzeit der Pat. kann man nichts erfahren. Der Mann, der zurzeit auf Urlaub ist, erzählt uns folgendes von dem Beginn der Erkrankung: Samstag bekam Ref. einen Brief, die Großmutter der Pat. habe einen Schlaganfall erlitten, worauf sie sofort hinreiste und schon gestern abend wieder zurückkehrte. Nachts um 2 Uhr stand Pat. plötzlich auf, stellte sich im Hemd und Mantel vor ihren Mann hin und sagte: „Ich frisiere mich, früher hatte ich einen Scheitel, jetzt mache ich keinen Scheitel, da sehe ich schöner aus. Auf Vorhalten des Ref. legte sie sich wieder zu Bett, sagte: „Die Hex'" (spuckte aus) „jagt die Hex' hinaus, ich schieß' sie tot." Nachher war Pat. bis zum Morgen ruhig. Morgens sagte sie: „Ich gehe in mein Geschäft, ich kenn' die Sprach'" (glaubte, wenn die Leute husteten, hätte das etwas zu bedeuten, das ginge auf sie). Als Ref. mittags heimkam, hörte er, Pat. sei im Hofe herumgetanzt und sei ausgezogen. Zu ihrem Manne sagte sie: „Ich habe ein Geheimnis, ich will



mein Geheimnis behalten, ich hab' mein Geheimnis in der Tasche meines Mantels (holte aus dem Mantel einen Rosenkranz). Ich habe mein Geheimnis verraten, weil du mein Mann bist, die Hex' aber schieß ich tot." Ref. rief einen Arzt, der sie in die Irrenanstalt einwies. Pat. ist früher immer ordentlich gewesen. Nur während der Periode sehr aufgeregt.

Die Antworten der Pat. selbst sind folgende: „[Namen?] Ich habe keinen Namen, aber ich habe ein großes Geheimnis, ich bin verheiratet, sagen Sie meinem Mann, er muß kommen, das ist mein guter Schatz, er muß kommen, er ist unschuldig, das ist mein Geheimnis. [Ist Ihrem Mann etwas passiert?] Nein (zeigt auf eine Pflegerin, die zur Tür hinausgeht), die muß Ihnen sagen, er muß kommen, der hat ein Geheimnis. Es wird mir ja schlecht, ich kann nichts vertragen (zeigt auf die andern Patienten), seht mal, denen geht es gerade so. [Alter?] Ich weiß es ja gar nicht, ich bin noch so schwach, ich habe Hunger, es ist mir wohl nicht gut. [Haben Sie schon Stimmen gehört?] (Pat. ist motorisch sehr erregt, schwingt die Arme hin und her.) Rufen Sie doch meinen Mann, der muß kommen (fängt an zu singen, redet dann gleich wieder von ihrem Manne, schreit). Laßt meinen Mann herein, er ist draußen. Georg, komm' herein! [Warum sind Sie hier?] Ich weiß nicht! [Sind Sie krank?] Ja, und ich bin doch nicht krank, es fehlt mir nichts, warum die Ehre, die Gnade, die Liebe, der Reichtum, das Herz. Jetzt haben sie mich so gequält, bis aufs Blut, wahnsinnig können sie mich doch nicht machen. Wenn man einen so quält, und man hat schon so viel Attacken mitgemacht, und da soll ich mir das auch noch gefallen lassen, nein, das brauch' ich nicht! Ach, es war ein Traum! (ringt die Hände). [Was haben Sie für ein Geheimnis?] Nichts habe ich, der da ist, der muß mir die Qual bezahlen, der Heinrich (zeigt auf eine Patientin ihr gegenüber). [Was hat der getan?] Der ist es schuld. [Wie heißt der Herr noch?] Der weiß es, mit 3 Mark bin ich nicht zufrieden. Ich versündige mich nicht, ich hab' ein gutes Gewissen. [Was hat der Herr getan?] Der hat getan, was er will, das geht mich nichts an".

Die übrigen Fragen beantwortet Pat. nur durch Mienenspiel und Bewegungen, reagiert oft auch gar nicht, spricht leise vor sich hin, grimassiert lebhaft, singt und pfeift und paßt die Bewegungen der Melodie an.

Somat. Befund: Mittelgroß, mittelstarker Knochenbau, mittlerer Ernährungszustand, mittlerer Fettansatz. Innere Organe o. B. Refl. lebhaft. Pup. reag. prompt auf Licht und Konv. Zunge gerade heraus. Fac. symmetrisch.

Fall 5. Frau J. R., 27 Jahre alt. Ehemann im Dezember 1914 gefallen. Eltern sind gesund. Keine Heredität. Ist schon seit 1 Jahre krank. Früher stets gesund. Hat sich über den Tod des Mannes sehr aufgeregt, lief viel in die Kirche, schlief nachts schlecht. Nahrungsaufnahme sehr gering. Äußerte Größenideen. Sagte bei jeder Gelegenheit zu ihren Bekannten: „Du verstehst alles falsch, das muß so gemacht werden",



meinte, Christus habe so gelitten, da müsse sie auch leiden, sie müsse beten, damit sie wieder gesund würde. Lief heute vom Hause fort zum Pfarrer in die Wohnung, sprach dort von Jesus usw., wurde von dort von der Rettungswache nach der Irrenanstalt gebracht.

Aufnahmebefund: Pat. spricht unaufhörlich vor sich hin: „Die Witwe des Vorstehers I. R. (ihres Mannes) liegt hier auf dem Friedhof auf dem ersten Platz, wissen Sie, ich habe heute morgen schon einen Weinkrampf gehabt. Schreiben Sie nur alles richtig auf, ich will auch gestatten, daß ich hier in einem Krankenhaus bin. Der Witwenstand ist ein schwerer. Am Samstag nachmittag ist mein Mann geholt worden, ich bin zu seinem Chef gegangen. Ich sage Ihnen ganz offen und ehrlich, daß ich weißen Fluß habe, deshalb wollte ich mich gestern bei den Schwestern auswischen lassen; ich sage Ihnen ganz offen und ehrlich, meine Mutter hat meine Krankheit für Gehirnschwindsucht angesehen. Neulich war ich mal auf dem Friedhof, da habe ich gesehen, was durch Vaterlandsliebe geschieht. Morgens ist mein Mann immer zur Kirche gegangen und war dann gleich ungeduldig. Schreiben Sie das noch alles auf und damit Schluß, und dann soll die Schwester an die Sanitätswache telephonieren, damit ich nach Hause abgeholt werden kann. [Warum sind Sie zum Pfarrer gegangen?] Weil ich die Vaterlandsliebe hochschätze. Sie können mir Ihre Wohnung sagen. Sehen Sie, die zieht sich vor dem Spiegel an. Die Dame kann sich ja ruhig ausziehen. Die ehrwürdige Mutter Oberin ist auch zu den Kranken gegangen, ich habe keinen Mann, er liegt im trüben Wasser. Für mein feines Gesicht ist das Wasser zu hellblau. Wo sind denn die andern, die Flundern? Du bist ja verrückt! Meine Füße sind bei dem Winter ganz blau, weil mein Mann nicht da ist. Ich habe alles mit goldener Absicht getan, es wird immer finsterer, entweder es donnert oder es läuten die Glocken. Wie traurig sind die Menschen! Was Du denn schon wieder schreibst, verstehst denn nicht mein Geburtszeichen? Du dürrer afrikanischer schwarzer Jud'! Lauf doch in die Küche, ob die Milch nicht überläuft. Ich dreh mich um, ich ärgere mich, wenn ich was Böses denke. In meinem Schlafzimmer waren 2 Franziskuspersonen. Ich will es auch einem jungen Priester sagen. Geh mal naus, ich möcht' ein paar Brötchen essen, auch Kriegsbrot. Ehe ich meinen Kaffee trink', beten wir. Wenn wir unter uns sind, verrate ich dir ein Stückchen. Sie sind doch meine Schwester, meine Judenschwester? Da laß dich morgen mittag vom Doktor photographieren. Dein Kleid hat ja einen Flecken. Jung Großmutter, dein' Schürz' ist rußig. Mein junger Beichtvater läuft wegen mir auch so rum. Die kleinen Kinder, die schieben, die großen aber noch mehr. Du bist jek, ich habe einen betrübten Onkel. Die Leute sagten immer, nehme es nicht so ernst. Englisch bist du mit mir im Wasser verbunden. An dere ihre Augen gehen die Spatzen. Du bist null, weil du hinter mir sitzt, jeder seinen Stand. Im englisch 14. Meine Schwester ist in der Ostendstraße im Geschäft".



Somat. Befund: Blasse, hagere Frau, schwächlicher Körperbau, innere Organe und Nervenstatus o. B. Pup. reagieren prompt auf Licht und Konv., Fac. symmetrisch. Zunge gerade heraus.

Fall 6. Frau L. H., 21 Jahre alt, 2 Jahre verheiratet, Ehemann im Felde. Keine Heredität. Eltern und 9 Geschwister leben, alle gesund. Pat. früher stets gesund. Lernte in der Schule gut. Lernte dann Nähen und Bügeln, heiratete mit 19 Jahren. Ein Kind lebt und ist gesund. Keine Aborte. Im Juli kam Pat. ins städt. Krankenhaus, angeblich wegen Nierenentzündung. Nach Aussage der Mutter hat sie im Mai einen Verwundeten aus Berlin kennen gelernt, mit dem sie ein intimes Verhältnis angeknüpft hat. Als die Mutter ihr Vorwürfe darüber machte, ging Pat. nach F., wo sie bald ins städt. Krankenhaus kam. Dort hat sie Briefe von ihrem Liebhaber erhalten. Nach Aussagen der dortigen Krankenschwester hat Pat. stets von ihrem Liebhaber phantasiert. In der Ehe gab es keine auffallenden Vorkommnisse. Krampfanfälle sind nicht beobachtet. Vater kein Potator.

Wenn Pat. über ihren Mann gefragt wird, weint sie. Auf die Frage, ob er schon einmal Urlaub hatte, sagte sie: „Gehört habe ich ihn schon öfters, aber noch nicht gesehen. Am Tage und nachts. Meine Angehörigen waren draußen und haben mit ihm gesprochen. Sie haben Schlechtes über mich gesprochen. Ich habe die Möbel bezahlt, und das Kind habe ich in Pflege gegeben. Was sie gesprochen haben, war wahr. Sie haben auch gesprochen, was ich geträumt hätte. [Glauben Sie, daß die Abreise Ihres Mannes ins Feld der Grund ist, daß Sie hierher gekommen sind?] Nein, ich habe mich mit Verwundeten eingelassen, und da habe ich gekündigt bekommen, die Möbel geteilt und das Kind in Pflege gegeben und ging in Stellung als Köchin. Später war ich in der N.-Straße und habe dort genäht. Dort wurde ich krank. Es fing mit Kopfschmerzen an und Erbrechen. Kam ins städt. Krankenhaus. Dort habe ich heimlich gelesen, daß ich Blasenentzündung und doppelseitige Nierenentzündung hätte, und dann hat der Doktor gesagt bei der Visite, daß ich Syphilis hätte. Darüber habe ich mich sehr aufgeregt. [Warum sind Sie hierher gekommen?] Ich glaube nicht, daß es eine Irrenanstalt ist. [Haben Sie in letzter Zeit Stimmen gehört?] Ja, meine Mutter und mein Vater und mein Mann und mein Schwager, auch mein einer Bruder, die stehen doch jetzt alle hier vor der Tür draußen, und vor dem Fenster hier war mein Schwager. Die Leut' hier haben doch gesagt, ich wäre gestorben, und da ist er gekommen. [Was sprachen denn Ihre Eltern oben?] Sie wollten mich draußen haben, sie wollen mich lieber umbringen, sagen sie eben, als daß ich in den Keller kommen soll. [Was sonst noch?] Mein' Mutter sagt, ich wäre ein dummes Mensch, wenn ich mich verstechen ließ, aber ich wär' schon umgebracht worden draußen".

Somat. Befund: Schwächliche, schlecht ernährte, blasse Frau, Knochenbau mittelstark, innere Organe o. B. Reflexe lebhaft. Motilität

frei. Fac. symmetrisch. Zunge gerade heraus. Pup. reagieren prompt auf Licht und Konv.

Zur Charakteristik ein Brief der Pat. an ihren Mann: „Lieber Mann! Deinen lieben Brief gestern mit Freude erhalten, meinen besten Dank. Nur auf Dein Willen und Schreiben hin, will ich mir wieder Mut fassen, gesund zu werden; sagte gestern noch zu Herrn Professor wegen dem Berichte, würde mich sehr freuen, Dich, mein lieber Mann, wieder zu sehen, da ich Dich doch seit 2. August 1914 nicht sah und die Sehnsucht, Dich zu sehen und zu hören, mir keine Ruhe läßt. Jedoch bin ich immer noch im Zweifel, ob ich Dich gehört habe oder nicht. Bitte Dich herzlich um Verzeihung. Jedoch kann ich es nie, nie mehr gut machen, was ich getan, zu spät!

Leider muß ich Dir die traurige Mitteilung machen, daß ich seit Mitte Juli in andern Umständen bin, findest Du es noch der Mühe wert, mir zu antworten, dann will ich mir Mühe geben, um gesund zu werden, andernfalls hat für mich das Leben keinen Wert mehr.

Auf baldige Antwort hoffend, verbleibe ich unter herzlichen Grüßen

Deine Dich liebende Frau L. H."

Fall 7. Frau J. S., 37 Jahre alt. Mann steht im Felde. Vater starb an Gehirnschlag, Mutter starb vorigen Monat im Siechenhaus an Schlaganfall. Pat. ist 11 Jahre verheiratet, ein Kind bei der Geburt gestorben. Keine Mißfälle. Pat. war früher nie krank. Seit dem Tode der Mutter ist sie krank, äußert immer, was die Mutter ihr auf dem Totenbett gesagt hat: „Du bist versorgt"; sieht nachts die Mutter liegen und das Bild der Mutter an der Wand hängen (welches gar nicht vorhanden ist), glaubt, sie und ein Mann, mit dem sie ein Verhältnis gehabt haben will, seien an dem Tode der Mutter schuld, glaubt immer, der Mann stände vor der Tür, man sollte ihn hereinrufen. Wenn es klopft, sagt sie: „Der Tod hat geklopft, ich sehe den Tod vor Augen, aber ich will doch nicht sterben, ich will nur für meinen Mann leben. Will jedermann in die Augen sehen." Sie wird sehr erregt auf ärztliches Anraten in die Irrenklinik gebracht. Auf unsere Fragen antwortet sie folgendermaßen: „[Name?] J. S. [Alter?] (Nach einer kleinen Pause bei wiederholter Frage) Ach so, ich habe einer inneren Stimme gefolgt (schreit laut auf), dem Teufel wegen, dem Teufel wegen (fährt mit leiser Stimme fort), nein, ich konnt' nicht jammern, ohne der Mutter alles zu sagen. Ja, jetzt könnt ihr singen, jetzt könnt ihr singen. Ja, jetzt ist die Mutter erlöst. Ja, kommen Sie, jetzt können Sie den Herrn D. rufen, jetzt können Sie den D. rufen, den wollt' ich bezwingen, ich fühle meine Stirn sehr kalt, nicht jammern, nicht jammern. [Wer ist Herr D.?] Nicht jammern, nein, nein, nicht jammern, ich weiß alles, was Sünde ist. Ich habe in ihren Augen gesehen, ich muß mich jetzt an die Wand lehnen. Ja, er steht vor der Tür, ich weiß es ganz bestimmt (laut schreiend). Au, schnell, aber schnell, aber schnell (fährt leise fort), nein, mein Mann steht vor der Tür. Nein, es war nicht

der Tod verloren (atmet tief), ja, ja, es ist besser, wenn die Schwester kommt, ja, ja!"

Pat. spricht bald mit lauter, bald mit leiser Stimme, macht beim Sprechen Pausen, reagiert nicht auf Zwischenfragen, schreit bisweilen laut auf, macht theatralische Handbewegungen. Nahrungsaufnahme schlecht, Schlaf nur auf Narkotika, muß katheterisiert werden.

Somat. Befund: Kleine, mittelkräftige, leidlich ernährte Frau, mit kräftigem Knochenbau. Guter Fettansatz. Innere Organe o. B. Refl. deutlich vorhanden. Motilität frei. Pup. reag. prompt auf Licht und Konv. Fac. symmetrisch. Zunge gerade heraus.

Fall 8. Frau A. R., 35 Jahre alt. 10 Jahre verheiratet. Der Mann im Felde. Ein Stiefbruder von ihr (vom selben Vater) war geistesgestört. Sonst in der Familie keine Geisteskrankheiten. Pat. früher stets gesund, immer eine ruhige Frau, manchmal auch etwas aufgeregt. Seit etwa einer Woche spricht Pat. wirr, schläft nachts nicht, läuft umher, äußert, die Polizei verfolge sie, sie käme ins Gefängnis. Sie telephonierte dem Arzt: „Es kommt der erste Akt der Vorstellung." Heute morgen versuchte sie ein Fläschchen mit absolutem Alkohol auszutrinken.

Mit ruhigem, traurigem Gesichtsausdruck gibt Pat. Antwort: „[Name?] A. R. Ich habe ja alles hergeben müssen, gestern abend, und alles liegen lassen, als ich mich ausgezogen hatte, ach es ist arg. [Alter?] 35 Jahre. [Wo sind Sie hier?] Ich weiß nicht, bei soviel Leut'. [Warum sind Sie hier?] Ich weiß ja selbst nicht, ich habe vor ein paar Wochen, da konnte ich auf einmal nicht mehr laufen, da hatt' ich so Schmerzen am Fuß, da mußt' ich's einjoden. Die Zehen einjoden, der Fuß war ganz weiß, da mußt' ich nachher den Fuß einjoden. Es war so ein Krampf im Fuß, und nachdem ich's eingejodet hatte, ist es wieder in Ordnung gekommen. Ich weiß nicht, wie das war. [Sind Sie verfolgt worden?] Verfolgt? Ich weiß nicht. [Hat Ihnen jemand etwas antun wollen?] Nein, in letzter Zeit da kam ein Buch „Eine gute Botschaft", und ich wollte doch, daß der Fuß gut würde, und da habe ich das gelesen, und weil ich dachte, das ist gut dafür — was hab' ich eben gesagt? — Ja, und da hat drin gestanden: „Schafft euch gesundes Blut!". Und was war denn noch? Ja, ich weiß gar nicht mehr. Schafft euch gesundes Blut. Nährsalz 1 und 2, das gibt gesundes Blut. Dadurch würde das Blut gesund! [Warum sind Sie so traurig?] Ja, ach, weil, ich weiß selbst nicht, warum, weil ich gestern abend, ich hab' gestern abend meine Kleider mitgebracht, und da hat das Fräulein gesagt, ich soll baden, ja, und da habe ich auch gebadet, weil das Fräulein es gesagt hat, aber ich glaube, ich hätte es nicht tun sollen. [Warum?] Ja, zu Haus habe ich mich doch schon gewaschen im Gesicht und ich weiß nicht, warum. Dann war ich auch durch die Bücher ganz dumm geworden, weil da steht, man soll das Fleisch einschränken, man darf nicht so viel Fleisch essen".

Somat. Befund: Mittelgroße, mittelstarke Frau von mittlerem Er-



nährungszustand, innere Organe o. B. Refl. lebhaft, Gang sicher, Motilität frei, Pup. reag. auf Licht und Konv., Fac. symmetrisch, Zunge gerade heraus.

Während ihrer Behandlung im Krankenhaus ist Pat. meist unruhig, spricht verwirrt, nimmt wenig Nahrung zu sich, weint viel, verlangt nach ihrem Manne, schläft nur auf Schlafmittel. Wird nach 3 Wochen gegen Revers als ungeheilt entlassen. Nach einem halben Jahre wird sie wieder in die Anstalt eingewiesen, da sie einen Selbstmordversuch gemacht hat, indem sie sich aus dem Fenster stürzen wollte.

„[Wann waren Sie schon einmal hier?] Das weiß ich nicht mehr genau. [Ungefähr?] Ich glaube vor Ostern. [Wie ging es Ihnen seither?] Ich habe meine Arbeit gemacht. [Warum sind Sie jetzt wieder hier?] Ich weiß nicht, mein Kopf war einmal — ganz recht, dann war er wieder ... [Was war mit Ihrem Kopfe?] Ich konnte nicht recht denken. [Haben Sie sich Gedanken gemacht?] Ja, ich weiß es nicht. [Wie war Ihr Schlaf?] Ja, sehr gut, nur die letzte Zeit nicht, da bin ich immer wieder gleich wach geworden. [Hatten Sie schwere Träume?] Ja, manchmal. [Wovon?] Ich weiß nicht mehr, ich wollte zuletzt meine Arbeit machen, aber ich konnte nicht mehr. [Haben Sie die Arbeit nicht mehr begriffen?] Ja, ich wollte zu meinem Mann in die Werkstatt gehen und wollte das Bureau sauber machen, das wollte ich schon vor einem Jahre sauber machen. [Und dann?] Ich weiß es nicht mehr. [Machen Sie sich noch Gedanken wegen dem Kochen und Fleischessen?] Nein, ich wollte doch meinem Mann und meinem Kinde gesund bleiben und wollte doch arbeiten. [Haben Sie Stimmen gehört?] Nein, ich weiß nicht, ich bin doch, ich will doch meine Arbeit wieder tun. [Haben Sie körperliche Schmerzen?] Nein, ich bin wohl".

Fall 9. Frau L. W. wird mit Unterkieferbruch in die Irrenanstalt gebracht, nachdem sie einen Selbstmordversuch gemacht, indem sie aus dem Fenster des 3. Stockwerkes sprang. Seit 7 Jahren verheiratet, 2 Kinder, der Mann ist seit Beginn des Krieges im Felde. Sie habe immer mit Leuten verkehrt, die nicht zu ihrem Stande paßten. Sie stamme aus einer besseren Bauernfamilie. Die Eltern und Geschwister sind gesund. Ein Bruder soll sich erhängt haben. Sie soll unlängst einen Mißfall gehabt haben. Die Leute hätten ihr daraufhin eingeredet, sie sei geschlechtskrank, das habe sie auch geglaubt und nun Angst gehabt, sie würde den Mann anstecken. Ein ärztliches Attest, daß sie gesund sei, habe nicht auf sie eingewirkt.

Pat. macht einen traurigen apathischen Eindruck, gibt auf Fragen zunächst keine Antwort, muß gefüttert werden, da sie die Nahrungsaufnahme verweigert, behauptet, daß man ihr Gift gebe usw. Auf die Frage, warum sie Selbstmord begehen wollte, antwortet sie: „Weil ich einen Fehler begangen habe. [Was für einen Fehler?] Schlechtigkeiten getrieben, Verkehr gehabt. [Mit wem?] Mit einem G. L. [Woher kannten



Sie ihn?] Von hier aus. Wo ist denn mein Mann? [Wissen Sie nicht, daß Ihr Mann im Felde ist?] Man sagt, es wäre Krieg, ich weiß nicht. [Warum essen Sie nicht?] Ich kann nichts essen". — Auf weitere Fragen antwortet Pat. nicht mehr.

Somat. Befund: Blasse, schlecht ernährte, schwache Frau. Innere Organe o. B. Refl. deutlich vorhanden. Pup. reag. auf Licht und Konv. Fac. symmetrisch.

Fall 10. Frau A. S., 23 Jahre alt, seit 1¼ Jahr verheiratet. Der Mann steht als Infanterist im Felde. 1 Kind, ½ Jahr alt, gesund. Pat. ist seit April gravid. Seitdem der Ehemann einrücken mußte, ist sie gedrückt und trauriger Stimmung, spricht fast nichts, sitzt still da, weint viel und starrt in eine Ecke. Nahrungsaufnahme sehr schlecht, besorgte ihren Haushalt und das Kind nur noch sehr schlecht, ging nie aus. Soll vor ca. 2 Mon. einen Suizidversuch gemacht haben, hatte am Hals einen roten Streifen, doch ist es nicht bekannt, was Pat. gemacht hat, da sie allein in der Wohnung war. Auch in der letzten Zeit äußerte sie öfters Selbstmordgedanken, wolle in den Main gehen, sich aus der Welt schaffen usw. Früher war sie stets gesund und hat nie einen solchen Zustand durchgemacht. — Pat. macht einen sehr deprimierten Eindruck. Spricht mit sehr leiser Stimme, macht bei jeder Antwort sehr lange Pausen, antwortet sehr einsilbig. „[Name?] A. S. [Alter?] 23 Jahre. [Datum?] (Keine Antwort.) [Monat?] Juli. [Welches Jahr schreiben wir jetzt?] 1915. [Wo sind Sie hier?] Im Krankenhaus. [Sind Sie krank?] (Pat. seufzt, spricht nicht). [Warum sind Sie hier?] Ich war so aufgeregt daheim. [Warum?] Weil mein Mann in den Krieg muß. [Wann?] — — [Sind Sie schwanger?] Ja. [Seit wann?] Ich weiß nicht. [Warum sind Sie so traurig?] Weiß nicht (fängt an, heftig zu weinen). [Haben Sie ein Kind?] Ja. [Haben Sie sich mal etwas antun wollen?] Ja. [Was?] (Keine Antwort. Pat. weint und schüttelt verneinend den Kopf.) [Warum haben Sie nichts mehr gegessen?] (Keine Antwort.)" — Auf weitere Fragen antwortet Pat. nicht mehr.

Somat. Befund: Mittelgroße, mittelkräftige Frau von etwas reduziertem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Refl. sehr lebhaft. Gang o. B. Pup. reag. auf Licht und Konv. Fac. symmetrisch. Zunge kommt gerade heraus.

Fall 11. Frau Th. A., 29 Jahre alt, Lehrersfrau. Der Mann steht im Felde. Keine Heredität. Eltern und Geschwister gesund. Ein Kind mit 2 Jahren gestorben. Pat. war als Kind nicht auffällig. Hat in der Schule gut gelernt, war bis zum 17. Jahre ganz kräftig, kam dann in das Institut, wurde dort schwächer, hatte nicht genug zu essen. Pat. war von Kind auf still und immer allein. Später im Institut hatte sie eine Freundin, mit der sie bis jetzt verkehrt hat. Seit 6 Jahren verheiratet. Glückliche Ehe. 2 Kinder von 2 und 7 Jahren, gesund. Pat. hat große Freude an ihnen. Seit Kriegsausbruch ist Pat.



sehr verändert, regte sich über ihre neuen Pflichten sehr auf; sie ließ Stühle neu überziehen, verdarb einen davon und ärgerte sich sehr darüber. Sie sammelte Geld für die Kriegsfürsorge, machte sich Gedanken, man halte sie für eine Bettlerin, sie sei blamiert, wolle sterben, lief mit dem Kopf gegen die Wand, drohte, sie stürze sich zum Fenster hinaus; lief nachts umher, behauptete, sie sei vergiftet. Für ihre Kinder hatte sie in letzter Zeit kein Interesse und mochte nicht mehr arbeiten; bat selbst darum, man solle sie in eine Anstalt bringen.

Pat. verhält sich ruhig; beginnt man, mit ihr zu sprechen, so verlangt sie immerfort nach Hause, spricht in weinendem, klagendem Ton, macht nervöse, unruhige Bewegungen; sie hätte gesagt, sie wolle das Gas aufdrehen, habe das aber nicht ernsthaft gemeint. Auf unsere Fragen antwortet sie meist mit blödem Lächeln. „[Name?] Th. A. [Alter?] 29 Jahre. [Wo sind Sie hier?] (Weint.) Ich bin mit Unrecht hierher gekommen, ich gehör ja gar nicht ins Irrenhaus. [Warum sind Sie hierher gekommen?] Ich soll mich hier erholen, telephonieren Sie an meinen Vater, er soll mich wieder holen, ich möchte wieder fort von hier. [War gestern etwas vorgefallen?] Ich hatte nur gesagt, ich wollte den Gashahn aufdrehen (lächelt), das will ich nicht mehr tun (weint), ich will wieder nach Hause (steht auf, macht nervöse Bewegungen, setzt sich wieder hin). Meinen Sie nicht daß mich mein Vater wiederholen wird? [Warum wollten Sie denn den Gashahn aufdrehen?] Ich hab's nur so gesagt (lächelt blöde). [Wollten Sie es gar nicht tun?] Nein. [Warum haben Sie es gesagt?] Weil mir allerhand passiert ist; wenn ich doch nur wieder bei meinen Eltern wäre! [Was ist Ihnen denn passiert?] (Steht auf, geht unruhig hin und her, reibt sich das Gesicht mit den Händen, kaut an den Lippen, arbeitet nervös an der Schnur des Unterrocks, setzt sich wieder hin, weint leise, hört gleich wieder auf.) [Was war passiert?] Mit dem Stuhlsitz war mir etwas passiert, ich habe Wasser darauf laufen lassen. [War der Stuhlsitz verdorben?] Ja. [Soll Ihnen deshalb was passieren?] Nein. [Sind Sie verfolgt worden?] Nein. [Haben Sie Stimmen gehört?] Nein, bei mir ist sonst gar nichts, deshalb möchte ich zu meinen Eltern".

Somat. Befund: Kleine Frau mit mittelstarkem Knochenbau, mittlerem Ernährungszustand, mäßigem Fettansatz. Innere Organe o. B. Motilität frei, Refl. normal, Pup. reagieren prompt auf Licht und Konv., Zunge gerade heraus, Fac. symmetrisch.

Während des Aufenthaltes im Krankenhaus ist Pat. ziemlich ruhig. Schlaf anfangs schlecht, später besser. Appetit gut. Manchmal unruhig, geht dann aus dem Bett, will nach Hause, verlangt Mittel zum Sterben, ihre Stimmung wechselt sehr oft, einmal sehr vergnügt, ein andermal sehr niedergeschlagen; hat sie Besuch gehabt, so ist sie tagelang sehr traurig, weint viel und will nicht mehr leben. Mit der Zeit schwindet die Niedergeschlagenheit, sie wird wieder ganz vergnügt, schließt sich auch den andern Kranken an, neckt sich gern mit ihnen und beschäftigt sich fleißig mit Nähen und Stopfen. Sie wird nach 5 Mon. als gebessert entlassen.

Wenn man diese Katatonien und Depressionszustände einem genaueren Studium unterzieht, so wird es zunächst schwerfallen, irgendeine Kriegsfärbung herauszuerkennen. Bei den Fällen 4, 7 und 8 wird auch kaum der Krieg als krankheitauslösendes Moment gewirkt haben, sondern es kommen hier andere Ätiologien in Betracht. Anders ist es bei den Fällen 5, 6, 9, 10 und 11; hier muß man annehmen, daß der Krieg auf die Entwicklung der Psychose von Einfluß gewesen ist. Hier spielt der im Anfang erwähnte „Kriegskomplex" eine Rolle. — Die Sorge um den Ehemann, den diese Frauen in Not und Gefahr wissen, lassen bei ihnen keinen klaren Gedanken aufkommen; ihr ablehnendes Verhalten, die Verkennung der Umgebung, die Äußerung krankhafter Ideen lassen auf tiefere Erkrankung schließen, so daß die Besserung nur recht langsam vorwärtsschreitet. Deshalb sind diese Fälle prognostisch auch nicht als zu günstig zu bezeichnen, und man muß befürchten, daß sie mehr oder weniger in ein chronisches Stadium übergehen werden.

Fall 12. Frau N. G., 31 Jahre alt. Der Mann ist seit Anfang des Krieges zur Marine eingezogen. Heredität nicht vorhanden. Pat. seit 3 Jahren verheiratet. Früher stets gesund, etwas aufgeregt zuweilen, empfindlich, konnte sich über jede Kleinigkeit ärgern. 3 Kinder im Alter von 6 und 2 Jahren und 2 Mon. Keine Mißfälle. Seit etwa 3 Wochen aufgeregt. Sie glaube, die Leute sprechen und spötteln über sie; zog sich von jedem Verkehr zurück, wollte mit niemandem etwas zu tun haben. Heute kam ihr Mann auf Urlaub, als er die Wohnung betrat, merkte er, daß es stark nach Gas roch. Der Gashahn war aber bereits zugedreht, das älteste Kind war bewußtlos, die andern Kinder waren munter. Darauf wurde Pat. sofort in die Irrenklinik eingewiesen. Anfangs im Krankenhause sehr ablehnend, beginnt erst nach längerer Zeit auf Fragen zu antworten. „[Wie geht es Ihnen?] Ganz gut. [Wo sind Sie hier?] Ich weiß es nicht. [Seit wann sind Sie hier?] Ich habe keine Ahnung, ich habe alles vergessen. [Wo ist Ihr Mann?] Ich weiß es nicht. [Wie fing Ihre Krankheit an?] Wie soll ich Ihnen das sagen? (Weint.) [Wo war Ihr Mann?] Mein Mann war fort im Kriege. [Was bemerkten Sie zu Hause?] Ich habe Vermutungen gehabt. Ja, Gott, es ist alles Mögliche gesprochen worden vom Kriege, alles Mögliche. Sie haben mir Pakete vor die Fenster gestellt. Sie wußten nicht, was sie machen sollten. [Fühlten Sie sich unglücklich?] Ich war auf einmal ... ich konnt' mir nicht mehr helfen. [Wissen Sie noch, was Sie da machten?] Ja, das weiß ich noch. [Sie drehten den Gashahn auf?] Ja. [Wer kam dazu?] Es wurde geschellt, nachher wurden die Scheiben eingeschlagen. [Wer war es?] Ich dachte, es ist mein Mann. [Wie kam es, daß Sie den Entschluß faßten?] Ich konnte



mich nicht mehr halten, ich weiß nicht, wie es kam. Ich habe mich immer so aufgeregt, ja, ich kann nichts dafür. Wenn jemand spricht, da geb' ich Antwort".

Auf weitere Fragen antwortete Pat. nur: „Ich weiß es nicht." Später zeitweise heftig erregt. Bezieht Gespräche von Patientinnen und Pflegerinnen auf sich und ist leicht aggressiv, allmählich wird sie ruhiger und erzählt uns, im Dezember vorigen Jahres sei der Kaiser bei ihr gewesen, er brachte von Darmstadt eine Möbelversicherung mit, er wäre erschossen gewesen, am linken Auge habe sie bei ihm die Schußwunde gesehen. Er sei am Bett der Kinder gewesen, habe Zivil angehabt, sei ein großer, schöner, schlanker Mann, sie habe ihm selbst das Geld gegeben. Die Menschen wären alle so komisch gewesen. Darauf habe sie das Gas aufgedreht; die Briefe, die ihr Mann geschrieben hätte, seien ganz verändert gewesen.

Somat. Befund: Kleine Frau von mittelstarkem Knochenbau, mäßigem Ernährungszustand, innere Organe o. B., Refl. normal, Pup. reag. prompt auf Licht und Konv., Fac. symmetrisch, Zunge gerade heraus.

Fall 13. Frau K. K., 33 Jahre alt, seit 5 Jahren verheiratet. Mann steht im Felde. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Ein Bruder hat sich mit Lysol vergiftet. Pat. war früher nicht auffällig, ruhiger Natur, besorgte den Haushalt sehr gut. Vor 2 Jahren glaubte sie, sie würde von einem Mädchen schlecht gemacht und würde bei ihrem Manne verdächtigt. Diese Einbildung verlor sie bald wieder. Seit August 1914 ist der Mann im Felde. Vor 9 Wochen kam er auf Urlaub hierher. Als er wieder fort mußte, hat Pat. sehr gejammert. Einige Wochen später begann sie plötzlich verwirrt zu reden, worauf sie in die Irrenanstalt eingewiesen wurde. Sie hatte bis vor kurzem gestillt. Pat. gibt uns folgende Antworten: „[Name?] K. B. ist mein Mädchenname, so heiß' ich nicht, Gott spricht, du heißt K. B. [Sind Sie verheiratet?] Jetzt bin ich verheiratet, heiße L. K., so werde ich immer gerufen, und so schreibe ich unwillkürlich. [Wie lange sind Sie hier?] Wo ich bin, weiß ich noch nicht, gesagt wurde es mir nicht, es klingt wie auf Schloß Mevos zu Lieden am Bodensee. [Sind Sie hier auf Schloß Mevos?] Zu Hause bin ich nicht, wo ich sonst bin, weiß ich nicht, ich soll ein Stern sein, die Sonne sein, ich sollte leben bleiben, ich hätte verschiedenes angestellt, das ist nicht wahr, das konnte ich nicht vertragen. [Was haben Sie angestellt?] Ich hätte jemanden betrogen, ich hätte verschiedenes aufgeschrieben, was ich nicht erhalten habe, es war nicht ganz meine Schuld, aber auch ich habe manches gefehlt. [Wieso?] Ich habe sonst nichts getan. [Hat man Ihnen Schlimmes nachgeredet?] Ja, sehr viel, ich würde nicht bezahlen. [Wer sagte das?] Von wo es ausgegangen ist, weiß ich nicht, auch deshalb kann ich es nicht sagen. [Was glauben Sie, wer Ihnen etwas nachgeredet hat?] Die Menschen im allgemeinen. Es ist ein Hausmädchen, in der L.straße, ob sie ganz allein schuld ist, weiß ich nicht. [Wer kommt noch in Betracht?] F. J., auch ein Hausmädchen. [Sind Sie nicht mehr aus dem Hause ge-



gangen?] Nein, es war mir zu schwer, ich wurde krank (lacht), es hatte mir gepaßt, ich erschreck' bei allem, und da ich keine Hilfe fand, mußt' ich selbst allein bleiben, ich war allein mit meinen Kindern. Mein Mann mußte ins Feld. [Wovor erschrecken Sie?] Vor all dem Schrecklichen, was nun gekommen ist, auch das soll Gott tilgen, daß wir glücklich leben können, alle zusammen. Es hat mir gegraut —. [Wovor hat es Ihnen gegraut?] Ich glaubte, meine Mutter sei nicht da, und dann fühlte ich, daß sie meine Schuld wüßte, ich mußte meine Briefe einschreiben, sonst hätte ich sie nicht bekommen, von meinem Mann nicht und von meinen Verwandten auch nicht, ich habe sie noch nicht alle, die müßt' ich noch haben und die Pakete, es ist so viel ausgesagt worden. [Was?] Ich hätte angegeben, mein Mann und ich seien unedel, was nicht sein darf. [Warum haben Sie die Briefe eingeschrieben?] Meine Post wurde festgehalten, ich war in Gefangenschaft der Menschen. Gott war bei mir, ich war in Gottes Händen, ich war in der Hand der Menschen, das ist nicht schlimm. Der liebe Gott schüttelte mich, ich sollte die Menschen zu Rate anhalten, das habe ich getan, die Menschen glaubten, ich wäre übergeschnappt (lacht). Ich rufe den Menschen zu, sie sollen sich beruhigen, sie sollen einig sein, sonst passiert ein großes Unglück. Mein Mann hatte Patronen im Hause, er mußte sie dalassen, ich wußte es nicht, wenn er nicht gekommen wäre, hätte ich müssen eine Patrone nehmen, es wäre noch sehr, sehr schlimm gekommen".

Somat. Befund: Mittelgroße, mittelkräftige Frau von etwas reduziertem Ernährungszustand, innere Organe o. B. Refl. lebhaft, Pup. reag. prompt auf Licht und Konv., Zunge gerade heraus, Fac. symmetrisch.

Fall 14. Frau M. B., 45 Jahre alt. Mann steht im Felde, seit 16 Jahren verheiratet. Ein Kind starb im Anfang der Ehe. Vor ca. 10—12 Jahren eine Frühgeburt. Vor 8 Jahren machte Pat. eine Unterleibsoperation durch. Vor 2½ Jahren normale Geburt, das Kind lebt und ist gesund. In der Schule lernte sie gut. Hatte keine Krampfanfälle. Suizidgedanken hat sie nie geäußert. Vater Potator, nahm sich vor 4 Jahren das Leben. Pat. wohnte bisher in Rußland. Dort hatte auch ihr Mann seine Beschäftigung als Elektrotechniker. Am 25. Dezember ist sie von Rußland hierher gekommen, nachdem ihr Mann schon bei Kriegsausbruch nach Frankreich ins Feld gerückt war. Seit dieser Zeit sehr aufgeregt. Vor allen Dingen deshalb, weil ihr Mann nicht auf Urlaub kommen kann. In den letzten Wochen verschlimmerte sich ihr Zustand, sie gab plötzlich an, eine bestimmte Person (wer es ist, ist nicht festzustellen, weil sie nicht darüber sprechen dürfe) sei schuld daran, daß ihr Mann nicht kommen könnte, sie äußerte, diese Person erstechen zu wollen. Des Nachts ist Pat. schlaflos, wandert umher und ruft beständig nach ihrem Manne. Bisweilen scheint Pat. zu glauben, ihr Mann werde nur von ihr ferngehalten, sei jedoch in der Nähe. Obwohl ihr Mann ihr noch vor 10 Tagen geschrieben hat, ist sie selbst seit März nicht dazu zu bewegen, ihm wieder zu schreiben. Sie

äußerte, ihr Mann sei ihr untreu geworden. Pat. trägt in allen ihren Bewegungen sowie in ihrem Verhalten etwas Hastiges und Zerfahrenes zur Schau. Seufzt, spricht leise usw. Sie beantwortet unsere Fragen prompt. „[Name?] M. B. [Alter?] 45 Jahre alt. [Welches Datum schreiben wir heute?] Ich weiß es nicht! [Wo sind Sie hier?] Irrenanstalt! [Warum sind Sie hier?] Wegen Nerven, ich war sehr aufgeregt. [Warum?] Die Verhältnisse bringen das so mit sich. Wegen dem Kriege, mein Mann ist seit August im Felde. [Haben Sie Kinder?] Ja (weint), ein Söhnchen von 2 Jahren. [Warum weinen Sie?] Ach, wenn man Familie hat, ist das ganz anders, als wenn man alleinsteht; ich hab' so Angst. [Wovor?] Ich weiß es nicht! [Haben Sie gemerkt, daß Ihr Gedächtnis abgenommen hat?] Zeitweise ist mein Kopf sehr angestrengt, dann bin ich auch wieder sehr ruhig. [Hören Sie Stimmen?] Heute ist es mir vorgekommen, als hätte ich Musik gehört, ganz leise, manchmal im Traum, Erscheinungen, höhere Personen, die ich früher schon gesehen habe. [Wer zum Beispiel?] Der Kronprinz! [Haben Sie ihn schon früher gesehen?] Ja, aber nur in der Kriegszeit. [Noch jemanden?] Noch einen höheren Herrn, ich glaube, er ist kommandierender General, doch den Namen weiß ich nur zeitweise. Heute kann ich mich nicht irren. [Wen noch?] Ich sehe Personen, die mit dem Kriege was zu tun haben".

Somat. Befund: Mittelgroße, mittelkräftige Frau von leidlichem Ernährungszustand, innere Organe o. B., Refl. lebhaft, Motilität frei, Fac. symmetrisch, Pup. reag. prompt auf Licht und Konv., Zunge gerade heraus. Sensibilität an den unteren Extremitäten sehr herabgesetzt.

Fall 15. Frau M. S., 32 Jahre alt. Geschwister nervenkrank. Ehemann im Felde. Periode stets regelmäßig. 2 gesunde Kinder. Keine Aborte. Keine Trunksucht, Suizidgedanken nicht geäußert. In der Schule mittelmäßig gelernt, keine Krampfanfälle, in der letzten Zeit starke Vergeßlichkeit. Todesursache der Eltern unbekannt. Pat. war vor 6 Jahren im Krankenhause wegen Zuckerkrankheit und Blutarmut. Sie mußte daraus wegen Erregungszustände entlassen werden. Hat andauernd Eifersuchtszenen gemacht, behauptete, sie hätte ein Verhältnis mit einem Arzt, war im ewigen Streit mit den Hausgenossen und drohte mit tätlichem Angriff. Aggressiv ist sie nie vorgegangen mit Ausnahme von beständigem Prügeln ihres eigenen Kindes. Sieht andauernd männliche und weibliche Personen, die gar nicht vorhanden sind, wird ständig mit Salzsäure vergiftet. Zeitweise ruhig, doch kommen die Erregungszustände sehr plötzlich. Nachts schläft sie schlecht, steht auf und will mit einem Besenstiel die Geister unter dem Bett vertreiben. Sie gibt folgende Antworten: „[Name?] M. S. [Alter?] 32 Jahre. [Wo sind Sie hier?] Wo ich hier eigentlich bin, weiß ich selbst nicht. Ich scheine auf einem ganz rätselhaften Platz angelangt zu sein. [Wo glauben Sie denn?] Ich weiß es selbst nicht, ob es ein städtisches Krankenhaus ist, aber so schlecht wird man doch da nicht behandelt, so erholen könnte ich mich zu Hause auch.



[Warum sind Sie hier?] Das wissen Sie vielleicht besser wie ich. Fragen Sie das Fräulein, das mich in die Badewanne gestopft hat. [Haben Sie mal Stimmen gehört?] Ja, so etwas derartiges schon, aber ich spreche nicht darüber, weil man hier so schlecht behandelt wird. [Ist Ihnen mal etwas zu Hause zugestoßen?] Das ist immer so eine Zieherei nach der verkehrten Seite, da spricht man am besten nicht davon. [Welche Zieherei?] Wenn man einem das Kreuz herauszieht, da spricht man am besten nicht davon. [Verfolgt Sie jemand?] Ach, Sie wissen das ja besser, darüber kann ich nichts sagen, man könnte hier schließlich noch mehr verfolgt werden. [Von wem?] Das habe ich noch nicht gesehen. [Woher wissen Sie das?] Es gibt eine sichere Persönlichkeit, das muß der Herr Doktor besser wissen". — Auf alle weiteren Fragen antwortet Pat. nur: „Fragen Sie das Fräulein, das mich in das Bad hineingetan hat, die weiß es."

Pat. äußert spontan Eifersuchts- und Vergiftungsideen. Wird sie jedoch darüber befragt, ist sie sehr zurückhaltend und gibt nur kurze, abweisende Antworten.

Somat. Befund: Kleine, kräftige Frau von gutem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Reflexe lebhaft. Bewegungen frei. Pup. reag. prompt auf Licht und Konv., Fac. symmetrisch, Zunge gerade heraus.

Fall 16. Frau M. H., 30 Jahre alt. Der Mann steht in Belgien. Pat. unehelich geboren. Ist schon längere Zeit krank, Verschlimmerung der Krankheit seit einigen Wochen. Seit 7 Jahren verheiratet. Ihre Mutter soll infolge eines Hitzschlages gestorben, bei den übrigen Familienmitgliedern Nerven- und Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sein. Kind von 7 Jahren ist gesund. 4 Fehlgeburten. Früher immer gesund, jedoch stets träge und willenlos, bekümmerte sich wenig um den Haushalt. In der letzten Zeit kümmerte sie sich um gar nichts mehr, kochte und beaufsichtigte ihr Kind nicht mehr. Sie spricht öfters verwirrt. Sagt z. B., sie habe jemanden mit einem schwarzen Hut gesehen und davon Kopfschmerzen bekommen. Wenn sie Briefe schreibe, würden die gegenüberliegenden Leute das Licht anstecken; von Sinnestäuschungen soll sie nie gesprochen haben. Sie klagte häufig über Kopfweh und große Müdigkeit. Nie Krampfanfälle.

Auf unsere Fragen antwortet sie folgendermaßen: „[Name?] M. H. [Alter?] 30 Jahre. [Wo sind Sie hier?] In der Nervenheilanstalt. [Warum sind Sie hier?] Wegen Kopfleiden, weil ich immer Kopfweh hatte, es hämmert im Kopf einen halben Tag lang, in der Nacht hört es meist wieder auf. [Haben Sie Gestalten gesehen?] Es kommt mir so vor, in der Wohnung hat es so geschmort, so komisch, wie wenn jemand in der Wohnung wäre. [War jemand in der Wohnung?] Nein, es dreht sich etwas, als wenn ein Rädchen wär'. Es ist scheinbar Holz oder so etwas. [Haben Sie jemanden gesehen?] Ja, man erschrickt ja manchmal, manchmal hat es mir so geflimmert, ich habe gedacht, ich sehe jemand im

Nachbarhof wie eine Gestalt; aber es war nur ein Tuch, da muß man sich so fürchten. [Wenn Sie schrieben, haben da die Leute die Lichter angesteckt?] Nein, meistens sind die Autos vorbeigefahren, oder wenn ich Zeitung gelesen habe, da ist jemand vorbeigefahren. [Was hat das für eine Bedeutung?] Ja, das weiß ich auch nicht, es ist mehr schwarz-weiß, ich weiß selbst nicht. [Was bedeutet schwarz-weiß?] Man sagt immer, die Fahne ist schwarz-weiß-rot. Schwarz-weiß ist Trauerfarbe, ich weiß es selbst nicht. [Haben Sie Briefe bekommen?] Ja, ich weiß nicht, wenn ich einen Brief von daheim bekommen habe, hatte ich immer Kopfweh, ich weiß nicht, was das zu bedeuten hat. [Haben Sie Stimmen nachts gehört?] Manchmal hat es auf der Straße geschrien, einmal habe ich von meinem Manne phantasiert und gedacht, er wäre vor mir; wie ich wieder aufwachte, habe ich über mich nachgedacht; neulich kam es dann ganz unerwartet. [Ist Ihnen jemand auf der Straße nachgegangen?] Ja, wenn ich auf der Straße ging, da habe ich mich immer umgedreht, weil ich dachte, es würde mir jemand nachlaufen; das sind die Nerven, das ist, daß ich so aufgeregt bin. Meistens ist auch sein Bub' mir nachgegangen.

Somat. Befund: Mittelgroße, mittelkräftige Frau von etwas reduziertem Ernährungszustand, innere Organe o. B. Dermographismus vorhanden. Gang sicher, Refl. lebhaft, Bewegungen frei, Pup. reag. prompt auf Licht und Konv., Zunge gerade heraus, zittert; Fac. symmetrisch.

Betrachtet man die Fälle 12, 13, 14, so erkennt man, daß es sich hier um Gemütsdepressionen mit Sinnestäuschungen handelt, welche mit allerlei Erregungszuständen und krankhaften Ideen einhergehen, doch so, daß die Kranke verhältnismäßig gut Auskunft über sich geben kann. Wenn bei Fall 12 und 13 der Krieg nicht gerade das Leiden hervorgerufen hat, so hat er immerhin die Entwicklung desselben begünstigt. Anders ist es bei Fall 14, hier ist der Krieg auf die Entstehung der Psychose von großem Einfluß gewesen; die Kranke hatte ja auch in diesem Falle zu den kriegerischen Ereignissen in direkter Beziehung gestanden, da sie sich bis zum 15. Dezember 1914 im Operationsgebiet aufgehalten hatte. Was nun die Dementia paranoides (Fall 15) und die Dementia praecox (Fall 16) anbelangt, so liegt bei beiden der Anfang der Psychosen mehrere Jahre zurück, so daß hier ätiologisch der Krieg als Krankheitsursache oder auslösendes Moment nicht angenommen werden kann; indessen ist es sicher, daß durch die Kriegsumstände die Psychosen sich verschlimmert haben, so daß man auch in diesen Fällen mit dem Stellen einer unbedingt günstigen Prognose sehr vorsichtig sein muß.



Unterziehen wir nun die gesamten hier angeführten Fälle einer Durchsicht, so kommen wir zu der Erkenntnis, daß, wie bei den männlichen Geisteskranken im Felde, so auch bei den weiblichen in der Heimat von einer Kriegspsychose im wahrsten Sinne des Wortes nichts zu finden ist, wir können uns nur der Meinung der oben erwähnten Autoren anschließen, die von einer Kriegsfärbung sprechen.

Diese 16 hier angetührten Kriegsfälle stellen nur eine kleine Zahl der gesamten 412 Aufnahmen des Jahres 1915 dar. Was das Alter der angeführten Frauen anbelangt, so ist es bei einer größeren Anzahl derselben ein schon über die eigentlich jugendlichen hebephrenischen Jahre hinaus vorgerücktes; dieser Umstand könnte vielleicht eine Erklärung für den Ausbruch der Psychose abgeben.

Eine Zusammenstellung der Fälle nach Diagnose, Alter und Krankheitsdauer bis zum Tage meiner Beobachtung ergibt folgende Tabelle.

Fall	Alter	Diagnose	Krankheitsdauer bis zum Tage der Beobachtung
1	46 J.	Hysterie Alc. chron.	mehrere Jahre
2	45 J.	Hysterie	½ Jahr
3	30 J.	Hysterie	1¼ Jahr
4	30 J.	Katatonie	½ Jahr
5	27 J.	Katatonie	1 Jahr
6	21 J.	Katatonie	¼ Jahr
7	37 J.	Katatonie	¼ Jahr
8	35 J.	Katatonie	¼ Jahr
9	36 J.	Katatonie Depress.-Zustand	3 Wochen
10	23 J.	Katatonie	¾ Jahr
11	29 J.	Katatonie, depressiver Zustand	14 Monate
12	31 J.	Dementia paranoides	½ Jahr
13	33 J.	Dementia paranoides	1 Jahr
14	45 J.	Dementia paranoides	1 Jahr
15	32 J.	Dementia paranoides	6 Jahre
16	30 J.	Dementia praecox	mehrere Monate

Die meisten Fälle sind recht langwierig und haben auch nachher eine längere Dauer gezeigt.



Wie steht es nun mit der Zahl solcher ätiologisch durch den Krieg bedingten Geisteserkrankungen in der Zivilbevölkerung? — Im Juni 1915 wurde in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung folgende Behauptung aufgestellt:

„In dieser allerersten Zeit des Krieges brachen allerdings nahezu ausnahmlos bei vordem schon psychisch Wurmstichigen in der Zivilbevölkerung zahlreiche Geistesstörungen aus, so daß viele Anstalten überflutet wurden."

Über diese Überflutung vieler Anstalten wurde eine Ermittlung versucht durch eine Umfrage, welche an ca. 150 Anstalten für Geisteskranke gesandt wurde. Man erhielt darauf etwa 130 Antworten; von diesen beantworteten nur 12 Anstalten die Umfrage im positiven Sinne, indem sie angaben, daß eine geringe Zunahme der frisch erkrankten Zivilbevölkerung in den Kriegsmonaten stattgefunden hatte, alle übrigen sprachen nicht allein von einer gleichen Anzahl von Zugängen, sondern manche hatten sogar einen Rückgang der Psychosen zu verzeichnen.

Die Frankfurter Irrenklinik hatte in Friedenszeiten durchschnittlich 1400 Aufnahmen von Geisteskranken bzw. Nervenkranken im Jahre. Im Kriegsjahre 1915 betrug die Zahl der Geisteskranken 1595 einschließlich 481 geisteskranken Soldaten, so daß auch hier von einer Überflutung nicht die Rede sein kann. — Alles in allem ein untrügliches Zeichen für die Nervenkraft unseres deutschen Volkes.

Literatur.

1. *d'Abundo*, Riv. ital. di Nevropat. Psich. ed Elettroterap. 2, 1909, 2.
2. *Awtokratow*, Die Geisteskranken im russ. Heere im russisch-japanischen Kriege. Allg. Ztschr. f. Psych. 64.
3. *Birnbaum*, Kriegsneurosen und Psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 11 Hft. 5.
4. *Bonhoeffer*, Psychiatrisches zum Kriege. Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 36, Hft. 6, 1914.
5. *Bonhoeffer*, Fälle von sogenannten Granatexplosionslähmungen. Vortrag. Ref. Neur. Ztlbl. 1915, Heft 2.

6. *Cimbal*, Psychosen und Psychoneurosen im 9. Armeekorps seit der Mobilmachung. Ärztl. Verein z. Hamburg, 23. 2. 15.
7. *Fuchs*, Mobilmachungspsychosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1915, Nr. 3.
8. *Hahn*, Kriegspsychosen. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzung v. 21. 12. 14. Ref. Münch. med. Wschr. 1915, Nr. 8.
9. *Hoche*, Kriegs- und Seelenleben. Freiburg i. B. 1915.
10. *Jörger*, Mobilmachung als krankheitauslösendes Trauma bei Dementia praecox. Korrbl. f. Schweiz. Ärzte 1914, Nr. 50.
11. *Katz*, Nervöse Störungen bei Kindern. Berl. klin. Wschr. 1914, Nr. 47,
12. *Kreuser*, Psychische Wirkung des Erdbebens v. 16. 11. 11. Psych.-Neur. Wschr. 1912—13, Nr. 32, S. 369.
13. *Leppmann*, Psychiatrische und nervenärztliche Sachverständigentätigkeit im Kriege. Kriegsärztl. Abende Berlin, 26. 1. 15. Ref. Berl. klin. Wschr. 1915, Nr. 6.
14. *Mendel*, Psychiatrisches und Neurologisches aus dem Felde. Neurol. Ztlbl. 1915, Hft. 1.
15. *Meyer*, Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges. Dtsch. med. Wschr. 1914, Nr. 51.
16. *Meyer*, Der Einfluß kriegerischer Ereignisse auf die Entstehung geistiger Störungen in der Zivilbevölkerung. Arch. f. psych. u. Nervenkrankh. Bd. 56, Hft. 1.
17. *Meyer*, Der Einfluß des Krieges, insbesondere des Kriegsausbruches auf schon bestehende Psychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenhlk. 55, Hft. 2, 1915
18. *Meyer*, Krankendemonstrationen. Berl. klin. Wschr. 1915, Nr. 4.
19. *Münzer*, Die Psych. d. Verw. Berl. klin. Wschr. 1915, Nr. 10.
20. *Neumann*, Psycholog. Beobachtungen im Felde. Neurol. Ztlbl. 1914.
21. *Oppenheim*, Zur Kriegsneurologie. Berl. klin. Wschr. 1914, Nr. 48.
22. *Roth*, Kriegsgefahr und Psyche. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1915, Nr. 1.
23. *Samuel*, Wissenschaftl. Verein d. Ärzte zu Stettin. Sitz. v. 3. 11. 14. Ref. Berl. klin. Wschr. 1915, Nr. 4.
24. *Singer*, Wesen und Bedeutung der Kriegspsychosen. Berl. klin. Wschr. 1915, Nr. 8.
25. *Stelzner*, Aktuelle Massensuggestionen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 55, Hft. 2, 1915.
26. *Stierlin*, Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. D. med Wschr. 1911, 2028.
27. *Weygandt*, Geistesstörungen im Kriege. Münch. med. Wschr. 1914, Nr. 42—43.
28. *Wollenberg*, Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteiln. Münch. med. Wschr. 1914, Hft. 44.



Psychiatrische Vorschläge für die Zeit nach dem Kriege.

Von

Geh. Sanitätsrat Dr. **Th. Benda**-Berlin.

Wenn auch das früher viel gebrauchte Schlagwort von der Degeneration des Volkes angesichts seiner jetzigen kraftvollen Leistungen bedeutunglos geworden ist, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß unter dem Einfluß der enormen Anforderungen, die auf allen Gebieten menschlichen Wissens und Könnens der beispiellose „Kulturaufschwung" des letzten Jahrhunderts an das Nervensystem gestellt hatte, dasselbe in seiner Reaktion verändert, reizbarer, ruheloser, labiler geworden war. Normalerweise hätte sich nun dieses veränderte Nervensystem den neuen Reizen allmählich angepaßt, hätte man ihm nur dazu Zeit gelassen. Durch die plötzliche Welterschütterung, durch den Kampf um Sein oder Nichtsein der Individuen wie der Völker wurde es aber wie ein Seismograph in ein Schwanken und Zittern versetzt, daß eine lange Zeit vergehen dürfte, ehe die Nadel wieder zur Ruhe gekommen sein wird. Es steht zu fürchten, daß das Heer der Nerven- und Geisteskranken nach dem Kriege erhebliche Vergrößerung erfahren wird. Besonders zahlreich werden auch, nach den Erfahrungen der siebziger Jahre zu urteilen, die Opfer der Paralyse sein. Wenn aber von *Mendel*[1]) im Kriege 1870/71 als wirksame Schädlichkeiten bei Soldaten namentlich „der Belagerungsdienst, die Tag und Nacht monatelang dauernde Unsicherheit" angenommen worden sind[2]), so wird man sich fragen, was wollen diese Faktoren, die noch dazu eine verhältnismäßig kurze Zeit wirksam gewesen sind, bedeuten gegen-

[1]) *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.

[2]) Der syphilogenen Komponente der Paralyse vindiziert *Mendel* schon damals eine nicht unerhebliche Bedeutung.



über den gewaltigen physisehen, psychischen und moralischen Erschütterungen, denen heute das Nervensystem unserer Krieger, und schon seit so langer Zeit, ausgesetzt ist? Aber auch die Nerven derer, die weitab vom Schlachtendonner ihren Geschäften nachgehen, werden in Mitleidenschaft gezogen durch die Angst um das Schicksal der Angehörigen, durch die Sorge um die Existenz, durch die elektrische Spannung der politischen Atmosphäre[1]). Viele, die jetzt während des großen Ringens noch notdürftig durchhalten, wird man als hilflose Wracks auf der geglätteten Flut antreffen[2]). Während aber früher der Überfluß an kräftigen, gesunden Existenzen so groß war, daß der kleine, wenn sich auch stetig vergrößernde Prozentsatz der durch geistige Erkrankung Zerrütteten volkswirtschaftlich nicht in Betracht kam, wird, nachdem so viele wertvolle Kraft vernichtet ist, noch sparsamer und liebevoller, als dies ohnehin wenigstens bei uns schon der Fall war, mit dem Menschenmaterial umgegangen werden müssen, und alles wird zu geschehen haben, um noch mehr als bisher sowohl die Gesunden vor Krankheit zu schützen als auch den Kranken die schnellste Rückkehr in die Gesundheit zu ermöglichen. So wird sich die Psychiatrie voraussichtlich vor riesengroße Aufgaben gestellt sehen. Es sei im folgenden gestattet, auf einige Punkte, deren Verwirklichung ihre Arbeit vielleicht erleichtert, des näheren einzugehen.

Eine wirksame Behandlung kann bekanntlich in der großen Mehrzahl der Erkrankungen nur in der Anstalt, schon allein durch den Schutz, den sie dem Kranken gegen seine meist unverständige Umgebung gewährt, ermöglicht werden. Das Vorurteil gegen das „Irrenhaus" ist indessen leider noch immer die Klippe, an der so manche Hoffnung zerschellt. Die Irrenanstalt ist in den Augen des Publikums noch immer nichts als ein Ort, in dem gefährliche Menschen unschädlich gemacht werden, im günstigsten Falle betrachtet man sie als Pflegeanstalt für Unheilbare. Es kommt aber darauf an, daß dem Volk der Glaube beigebracht wird, daß auch ein Geisteskranker geheilt, voll-

---

[1]) Daß bei jüngeren Frauen zuweilen auch die Folgen der aufgedrungenen Abstinenz und andrerseits Reue und Scham wegen eines begangenen Fehltritts von Bedeutung sind, haben mir die Erfahrungen aus meiner Praxis wahrscheinlich gemacht.

[2]) *Naumann* gebraucht in seinem vorzüglichen Buch: „Mitteleuropa" bei der Besprechung der wirtschaftlichen Verhältnisse ein ähnliches Bild.



kommen geheilt werden kann, und daß die Hauptaufgabe der Irrenanstalt in erster Linie darin besteht, kranke Menschen zu heilen[1]).

Ich glaube aber, die unglücklichen, auch wissenschaftlich veralteten Bezeichnungen „geisteskrank" und „Irrenhaus" tragen sehr viel dazu bei, im Volke diesen Glauben nicht aufkommen zu lassen.

Die Bezeichnung „geisteskrank" ist unter allen Umständen eine

---

[1]) Trotz ihrer glänzenden wissenschaftlichen Stellung, die sich die Psychiatrie im Laufe der letzten 50 Jahre durch systematische ätiologische, klinische, anatomische, experimental-psychologische, psycho-analytische, Studien errungen hat, wird der Irrenheilkunde mehr als irgendeinem andern Zweige der Medizin ein unberechtigtes Mißtrauen entgegengebracht. Es ist richtig, mit Maßnahmen von so fundamentaler Bedeutung, wie sie andere Gebiete aufzuweisen haben — ich erinnere nur an die Einführung der Serumtherapie bei Diphtherie —, kann sie nicht aufwarten. Es gelingt ihr vorläufig weder pharmakologisch noch serologisch noch psychologisch einen einwandfreien Einfluß auf die Krankheit selbst auszuüben, auch wenn diese uns ätiologisch vertraut geworden ist. Ob die durch Hyperpyrese und antisyphilitische Behandlung teils für sich allein, teils in kombinierter Anwendung bei Paralyse erzielten Erfolge mehr als eine Remission, die auch sonst vielleicht eingetreten wäre, darstellen, ist doch wohl nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Immerhin sind die jüngst auch von *Hudovernig* im Neur. Ztlbl. 1916 Hft. 2 mitgeteilten Erfolge beachtenswert. Im allgemeinen behandelt aber die Psychiatrie durch Narkotika, Dauerbäder, Bettruhe u. a. in erster Linie nur Symptome; und trotzdem ist der Prozentsatz der Heilungen im Vergleich zu den schweren körperlichen Erkrankungen durchaus kein kleiner. Wenn z. B. bei dem akuten manischen Anfall sowie bei der akuten Demenz 80% der Erkrankten zu vollkommener Wiederherstellung gelangen, so gibt es nicht viele schwere körperliche Erkrankungen, bei denen ein solches Resultat zutage tritt. Von den großen Volksseuchen, bei denen 50—80% allein zugrunde gehen, ganz abgesehen, ist z. B. der Prozentsatz der vom Typhus Genesenden selbst heute, wo die Typhusmortalität dank den Fortschritten der inneren Medizin erheblich gegen früher herabgedrückt ist, doch noch zuweilen nicht viel größer als bei der Manie. Betrug doch z. B. in Berlin im Durchschnitt der 3 Jahre 1909/11 die Typhusmortalität 18,9% (Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 1913). Von den nicht Gestorbenen erfreuen sich aber keineswegs alle einer Restitutio ad integrum, da häufig genug Darm-, Nerven- und Geistesstörungen für das ganze Leben zurückbleiben. Auch die Gehirn- und Rückenmarksleiden können in ihren Ausgängen trotz der chirurgischen Unterstützung nicht viel höher bewertet werden als selbst die Paralyse, die wenigstens in der Remission etwas besitzt, dem jene nichts an die Seite zu stellen haben.

falsche. Von den uns bisher bekannten Erscheinungsformen des Psychischen, den Bewußtseins- und Unterbewußtseinsvorgängen, die wir als solche von den Erscheinungsformen der physischen Welt unterscheiden, haben wir keine räumliche Vorstellung, sondern wir können sie nur innerhalb der Zeit wahrnehmen. Mit dem Begriff des Pathologischen verbinden wir nun aber immer die Vorstellung von dem Eintreten gewisser Veränderungen an einem räumlich Ausgedehnten, er ist für uns aber unverständlich in bezug auf Vorgänge rein zeitlicher Natur. Darum können wir nicht von einer kranken Psyche sprechen, wenn wir die in die Erscheinung tretenden Bewußtseinsvorgänge in anderer als der gewohnten Form sich vollziehen sehen. Für denjenigen, der auf dem Standpunkte der Identität des Physischen und Psychischen steht, der das Psychische lediglich als eine Gehirnfunktion oder als Kraftäußerung der Materie, analog etwa der elektrischen Kraftäußerung, ansieht, ist es selbstverständlich, daß man, wenn man von einer erkrankten Psyche spricht, darunter eine physische Erkrankung wie irgendeine andere versteht. Aber auch, wer sich Physisches und Psychisches als etwas voneinander Verschiedenes, entweder als in Wechselwirkung oder in einem Parallelverhältnis zueinander stehend, vorstellt, oder wer spiritistisch denkt, der wird, wenn sich das Psychische in andern Erscheinungsformen als gewöhnlich äußert, immer nur der körperlichen Komponente des Organismus das Attribut des Krankhaften beilegen können; bei der spiritistischen Auffassung würde aber außerdem die Vorstellung eines kranken, unsterblichen Geistes nicht der Komik entbehren. Für uns gilt es heute als etwas Selbstverständliches, nicht Diskutierbares, daß, was auch immer das Psychische sein mag, die sogenannten psychischen Erkrankungen genetisch an die Tätigkeit des Gehirns geknüpft sind, mag dasselbe durch anatomische oder physikalische Veränderungen seiner Struktur oder anderer Organe oder durch einen gestörten Chemismus innerhalb des Betriebes des Organismus zu anormalen Reaktionen veranlaßt werden. Für uns sind geistige Erkrankungen deshalb lediglich Gehirnerkrankungen, die sich nur durch das stärkere oder ausschließliche Hervortreten von Veränderungen der Bewußtseinsvorgänge der verschiedensten Art von andern Krankheiten des Gehirns, bei denen dies weniger oder gar nicht der Fall ist, unterscheiden.

Deswegen sollte man es aber vermeiden, diese speziellen Formen



von Gehirnerkrankungen vor dem Volke in Gegensatz zu den körperlichen Erkrankungen zu setzen und sie dadurch mit dem Odium des ganz Besonderen zu belasten. Man verzichtet ja doch auch sonst vielfach, wo es sich nicht gerade um wissenschaftliche Spezialgesichtspunkte handelt, bei der Benennung von Krankheiten auf die für den Begriff natürlich notwendige Differentia specifica und subsumiert sie unter die Kategorie, zu der sie anatomisch oder funktionell gehören. Warum bezeichnet man nicht auch den Geisteskranken nach dem Organ, das die Krankheit vermittelt, als gehirnkrank oder genereller nach dem Organsystem, zu dem das Gehirn gehört, als nervenkrank?[1])

Gleichzeitig mit der Verbannung des Wortes „geisteskrank" gebe

---

[1]) Dieser Vorschlag steht allerdings im Gegensatz zu den Bestrebungen derer, die das Wohl der Allgemeinheit über das des Individuums zu setzen für geboten halten, die im Interesse eines gesunden Nachwuchses als Vorbedingung einer Heirat z. B. die Bescheinigung der geistigen (und körperlichen) Gesundheit der Partner und deren Familien erstreben. Sie würden wahrscheinlich in der eventuellen Attestierung „nerven- oder gehirnkrank" statt „geisteskrank" eine Verschleierung erblicken. Bei der wissenschaftlichen Überzeugung, die wir Ärzte von dem Wesen der Psychosen haben, läge eine solche natürlich nicht vor, auch wenn das spezifische Unterscheidungsmerkmal nicht besonders betont wird. Aber hiervon abgesehen, halte ich es für unmöglich, daß die Ideen jener Schwärmer jemals verwirklicht werden könnten, solange die ärztliche Tätigkeit nicht monopolisiert ist. Solange ein persönliches Vertrauensverhältnis zwischen einem Arzt und seinem Patienten besteht, wird für den Arzt — er mag das Wohl der Allgemeinheit noch so hoch einschätzen — das Interesse des Kranken, der sich ihm anvertraut hat, unter allen Umständen die Richtschnur seines Handelns bleiben, und mit Entrüstung würde er jede Zumutung eines Vertrauensbruchs zurückweisen müssen.

Und was nun die Sache selbst betrifft, so ist die Vererbung zwar eine Tatsache, an der nicht zu rütteln ist, aber sie ist doch kein Gesetz, „das in jedem Einzelfall gültig wäre" (*Kraepelin*); vor allen Dingen besitzen wir kein wissenschaftliches Kriterium, um ein eventuelles Auftreten „psychischer" Störungen in der Deszendenz mit Sicherheit voraussagen zu können. Wird doch auch zumeist nur die Prädisposition übermittelt. Und die Gesundheit der Familie? Es dürfte nicht viele geben, die in der Lage wären, über eine lückenlos „normale" Aszendenz mehrere Generationen hinauf verfügen zu können. Und haben selbst diese wenigen Glücklichen die Gesundheit ihrer Deszendenz etwa verbrieft? Bei so schwachen Voraussetzungen würde in einem gesunden Staatswesen niemals die Zustimmung zu so eingreifenden Maßregeln gegeben werden können.

man auch der atavistischen Bezeichnung „Irrenanstalt" den Laufpaß. Die Stadt Berlin hat in anerkennenswerter Weise dem Umstande, daß sich in der Idiotenanstalt auch eine größere Zahl bildungsfähiger Elemente und intellektuell nicht geschwächter Psychopathen befindet, Rechnung getragen, indem sie nach dem Grundsatz „de potiori fit denominatio" die Eliminierung des Namens Idiotenanstalt und ihre Umwandlung in eine „Heil- und Erziehungsanstalt" vorgenommen hat. Man kann „das Wesen gewöhnlich aus dem Namen lesen"; das Publikum wenigstens verknüpft mit dem Namen Irrenanstalt den Begriff des Unheilbaren. Man gebe aber zu erkennen, daß der Hauptzweck der Anstalt die Heilung sein soll, und wandele deshalb die Irrenanstalt allgemein in eine Heilanstalt, eventuell auch in eine Heil- und Pflegeanstalt um. Die große Masse des Volkes wird sich dann früher, als wie es heute geschieht, bereit finden, einen erkrankten Angehörigen über die Schwelle eines Hauses zu geleiten, das nicht mehr wie bisher für sie die Inschrift trägt „Laßt alle Hoffnung draußen, wenn ihr hier eintretet".

Sehr wünschenswert wäre es auch, wenn die Psychiater mehr als bisher aus ihrer Reserve heraustreten und das Volk durch Vorträge über wichtige Fragen aus ihrem Gebiet belehren würden, in ähnlicher Weise, wie es schon lange von seiten der „Inneren" geschieht. So manches Mißverständnis würde beseitigt, viele Vorurteile erschüttert und der Weg zum Vertrauen würde angebahnt werden.

Ich möchte nun einige Punkte besprechen, die meines Erachtens bei der Behandlung berücksichtigt werden könnten.

Eine recht erfreuliche Erscheinung, die der Krieg gezeitigt hat, ist die, daß gebildete junge Mädchen sich in reichlicher Zahl in den Dienst der Krankenpflege gestellt haben, in selbstloser, aufopferungvoller Tätigkeit ein nicht zu unterschätzendes Arbeitsquantum leisten und die überbürdeten Ärzte je nach dem Maß ihres Könnens zu entlasten vermögen. Es wäre nun sehr zu wünschen, daß nach dem Kriege solche wertvollen Kräfte auch in den Dienst der Irrenpflege gestellt werden würden. Man hat in den Anstalten, der Not gehorchend, nicht dem eigenen Trieb, auch in den Männerabteilungen Wärterinnen anstellen müssen. Diese haben sich im allgemeinen in ihre neue Tätigkeit recht gut gefunden; von geringen Ausnahmen abgesehen, scheinen sich nicht, wenigstens nicht in dem Maße die Mängel herausgestellt zu

haben, die man a priori anzunehmen berechtigt war (fehlende Körperkraft, sexuelle Belästigung durch die Kranken u. a.).

Warum sollten nun in Zukunft nicht auch gebildete weibliche Personen in Anstalten dauernd Verwendung finden, um mutatis mutandis die Funktion der Gesellschaftsdamen in den Sanatorien einzunehmen? Es kann sich hierbei nur um solche Mädchen und Frauen handeln, die in erster Linie Liebe und Lust zu dem neuen Beruf drängt, nicht etwa eine hysterische Laune, die gesund und kräftig sind, und die theoretisch und praktisch einen Vorbereitungskursus in der Psychiatrie durchgemacht haben müssen.

Wie die Dinge heute liegen, so sind die Kranken in der ganzen Zeit, die außerhalb der ärztlichen Visiten liegt, entweder sich selbst oder der Obhut ungebildeter Pfleger und Pflegerinnen überlassen, deren Aufgabe doch nur darin besteht, für das leibliche Wohl im weitesten Sinne zu sorgen, deren Einfluß auf die Psyche vielfach ungünstig, im besten Falle gleich Null ist. Hier scheint mir eine Lücke zu klaffen, die vielleicht von der neuen Kategorie von Pflegerinnen ausgefüllt werden könnte. Es versteht sich von selbst, daß diese den gewöhnlichen Pflegern gegenüber nicht eine übergeordnete Stellung mit dem Charakter des Vorgesetzten einzunehmen hätten, weil sonst störende Reibereien an der Tagesordnung wären. Es versteht sich ferner von selbst, daß die neuen Helferinnen z. B. unruhige, ängstliche, halluzinierende Kranke nicht durch Gespräche belästigen, überhaupt nicht eigenmächtig, sondern nur nach ärztlicher Ordination psychisch einzuwirken und eventuell zu einer Beschäftigung anzuleiten versuchen.

Namentlich der gebildetere Kranke wird, wenn die Wahnvorstellungen verblassen, die manische oder deprimierte Stimmungslage der Norm zustrebt, wenn er sich aber noch aus einem gewissen Gefühl der Scham heraus, einem Zeichen der wiederkehrenden Gesundheit, gehemmt fühlt, gern jemand um sich haben, der ihm aus der Zeitung, einem Buch vorliest, mit ihm Schach und dergleichen spielt, ihn bei Ausgängen begleitet, mit dem er sich besprechen und aussprechen kann; er wird der Teilnahme, die ihm die taktvolle Helferin entgegenbringt, und die er als solche empfindet, nicht gleichgültig gegenüber bleiben. Die von der Helferin zu ihm geschlagene Brücke wird dann dem Arzt den Verkehr mit dem Kranken erleichtern. Aber



auch bei den chronischen Fällen und den mit Defekt geheilten, die der Anstaltsbehandlung dauernd bedürfen, wird der wohltuende Einfluss der Helferin nicht unbemerkt bleiben. Nicht gering möchte ich auch die moralische Beeinflussung der ganzen Krankenabteilung durch die Autorität der gebildeten Frau bewerten. Durch ihre Anwesenheit allein würde z. B. ein stärkerer Impuls den Hemmungsvorstellungen des Wachtpersonals zugeführt werden, dessen Umgangsformen den Kranken gegenüber — bei aller Achtung vor den aufopferungvollen Leistungen der Wärter und Wärterinnen sei es gesagt — doch noch verbesserungsbedürftig sind.

Es bedarf wohl nicht der Erwährung, daß das, was ich empfehle, nicht mit der Wirksamkeit der Schwestern in katholischen Ländern in Parallele gesetzt werden kann. Diese haben ganz andere Pflichten und Ziele, ihre Aufgabe besteht der Hauptsache nach in der Beaufsichtigung der ihnen unterstellten Abteilung. Daß ihr stilles Walten, ihr sanftes, religiös gefärbtes Wesen auf manche empfängliche Kranke zuweilen günstig zu wirken vermag, soll nicht bestritten werden, bestärkt aber gerade meine Ansicht.

Nun einige Worte zur Familienpflege.

Wie die Verhältnisse heute liegen, so darf man wohl behaupten, daß die jetzige Einrichtung, namentlich in hygienischer, sozialer, moralischer, nicht zu vergessen rassenhygienischer Beziehung große Mängel aufzuweisen hat. Daß auch die Pfleger sich nur zum kleinsten Teil selbst bei dem minderwertigen Material, das ihnen heute übergeben wird, für eine so bedeutende Aufgabe, wie die ihnen gestellte, qualifizieren, geht aus der Schilderung *Bernhardts* [1]), die Berliner Verhältnisse betreffend, klar hervor. Und doch wäre es wünschenswert, wenn der gesunde Gedanke, der der Familienpflege zugrunde liegt, dazu benutzt würde, die Mängel nach Möglichkeit zu verbessern und die Einrichtung weiter auszubauen. Es läge dies in gleicher Weise im Interesse der Kranken wie der stark belasteten Anstalten.

Das Material, das heute der Familienpflege übergeben wird, besteht zum großen Teil aus Imbezillen. Es wäre aber zu bedenken, ob man in Zukunft nicht in größerer Menge als bisher auch solche Kranke in Pflege gibt, bei denen, um *Bernhardts* Ausdruck zu gebrau-

[1]) *Bernhardt*, Die großstädtische Versorgung Geisteskranker in Familienpflege. Halbmonatsschr. f. soz. Hygiene usw. 1914.



chen, es eben einmal versucht wird, ob sie sich außerhalb der Anstalt halten können, gewisse Katatoniker, Querulanten u. a. Vor allen Dingen müßte aber in der Familienpflege auch für die heilbaren Kranken, wenn sie sich im letzten Stadium der Rekonvaleszenz nach akuten Störungen befinden, eine Durchgangstation in die freien Lebens- und Wirtschaftsverhältnisse geschaffen werden.

Der Ausbau der Familienpflege erscheint mir gegenwärtig jedenfalls von um so größerer Bedeutung, als in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten auf Grund gemachter Erfahrungen eine frühere definitive Entlassung aus der Anstalt für nicht so bedenklich gehalten wird, als man gemeinhin annimmt, indem ein nicht geringer Prozentsatz der Entlassenen sich draußen wider Erwarten gutgehalten hat und arbeitsfähig geworden ist [1]). Ich warne dringend davor, dies etwa zu verallgemeinern. „Laßt uns nicht weise sein wollen, wo wir nichts als glücklich gewesen". Es ist auch zu berücksichtigen, daß die beste Waffe, die wir im Kampf gegen die Krankheit besitzen, die Anstalt, diskreditiert werden muß, wenn das Publikum aus falschen Prämissen heraus zu dem Schluß kommt: „Es geht auch so." Ganz anders liegen aber die Verhältnisse bei der Familienpflege. In diese kann man eben die Kranken früher entlassen, da sie dort doch noch unter dem Schutz der Anstalt verbleiben.

Die Hauptschwierigkeiten des Ausbaues der Familienpflege liegen nicht darin, daß es an geeignetem Krankenmaterial fehlt, sondern in dem Mangel eines geeigneten Pflegermaterials und geeigneter Pflegestätten.

Gerade für die Kategorien von besserungsfähigen Kranken eignet sich aber m. E. nur ein Pflegermaterial, dem der Umgang mit Geisteskranken kein Novum, sondern etwas durch langjährige Übung und Erfahrung in Fleisch und Blut Übergegangenes und Vertrautes geworden ist.

Diese Voraussetzungen finden wir aber in erster Linie bei denjenigen, die entweder noch in Anstalten als Pfleger oder Pflegerinnen

[1]) *Tomaschny*, Erfahrungen über Entlassung von Kranken gegen Revers. Psycho-neur. Wschr. 1912. — *Uhlmann*, Zur Frage der vorzeitigen Entlassung von Geisteskranken aus der Heilanstalt. Psych.-neur. Wschr. 1914/15. — *Treiber*, Erfahr. über die Entlassung Geisteskranker gegen ärztl. Rat. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, 1915.



beschäftigt sind oder früher beschäftigt waren und sich verheiratet haben. In Berlin ist es nicht erlaubt, Kranke zu noch in der Anstalt tätigem Wärterpersonal in Pflege zu geben, während in der Provinz dies vielfach geschieht. Ich halte in Anstalten beschäftigtes Personal auch nicht für geeignet, weil der Kranke durch den ihm bekannten Wärter zu sehr an die Anstalt erinnert wird und dadurch das Freiheitsgefühl, dem wohl ein Heilung beförderndes Moment nicht abgesprochen werden kann, erheblich herabgestimmt wird. Aber erprobte, tüchtige, moralisch einwandfreie ehemalige Wärter oder Wärterinnen dürften, insbesondere, wie gesagt, für die heilbaren Kranken, prinzipiell das geeignetste Pflegermaterial abgeben.

Für die andern unheilbaren Kranken muß, sofern nicht geeignete ehemalige Wärter vorhanden sind, mehr als bisher auf die Qualität der Pfleger, namentlich in moralischer Hinsicht, gesehen werden. Betreffs der Wohnungsverhältnisse und Schlafgelegenheiten verdient der hygienische Gesichtspunkt die vollste Berücksichtigung, auch die Arbeit muß beaufsichtigt werden, um der gewerblichen Ausbeutung der Pfleglinge zu steuern. Daß andrerseits nur körperlich Gesunde, besonders nicht Kranke mit offener Tuberkulose, in Pflege gegeben werden dürfen, versteht sich von selbst.

Vollkommen machtlos sind wir natürlich gegen die Konsequenzen der geschlechtlichen Betätigung der Pfleglinge, so sehr dies vom rassenhygienischen Standpunkt auch zu beklagen sein mag. Der § 176 StrGB. gewährt in dieser Hinsicht natürlich nur geringen Schutz, denn abgesehen davon, daß unter ihn nicht die kranken Männer fallen, wird ein Mann, der mit einer Imbezillen verkehrt, meist gar nicht in der Lage sein, den kranken Zustand beurteilen zu können; die Kenntnis eines solchen Zustandes bildet aber die Voraussetzung des § 176. Gegenüber den sonstigen Schädigungen der menschlichen Gesellschaft in rassenhygienischer Beziehung ist aber der Schaden, der durch die verhältnismäßig wenigen imbezillen Pfleglinge angerichtet wird, kein ins Gewicht fallender, wenn man bedenkt, daß unzählige Psychopathen, Schwachsinnige, Schizophrenen jeder Kategorie, die nie in Anstaltsbehandlung kommen, sich meist schrankenlos geschlechtlich betätigen dürfen.

Noch einige Worte zur Prophylaxe, der natürlich in Zukunft die größte Bedeutung zukommt. Vernünftigerweise hat eine solche



bei der Jugend einzusetzen. Und in richtiger Erkenntnis dieses Umstandes war man ja schon in dem letzten Friedensjahrzehnt bemüht, der Ausbildung des Körpers, die man so lange vernachlässigt hatte, zu ihrem Rechte zu verhelfen. Turnen, Spiel, Sport wurden — fast zu viel schon — gepflegt, auch die Wandervereine jeglicher Art standen in hoher Blüte. Dazu ist aber jetzt noch die militärische Jugendvorbereitung gekommen, die an die Körperkraft nicht unerhebliche Anforderungen stellt. Wenn nun, wie es zu erwarten steht, diese zu einer obligatorischen Einrichtung wird, so wird darauf zu sehen sein, daß eine körperliche Überanstrengung vermieden und den jungen Leuten ein zwangloses Genießen der wenigen ihnen in ihren Jugendjahren zur Verfügung stehenden freien Stunden nicht zu sehr verkürzt wird. Weiß man doch nicht, ob und wie vielen ein solches Genießen im späteren Leben gewährt sein wird! Dazu kommt aber noch, daß nach dem Kriege die einige Zeit zurückgedrängten Forderungen der Schule nach einem Mehr in wissenschaftlicher Hinsicht wiederum erhoben und auch noch neue Unterrichtsfächer mit herangezogen werden sollen. Dabei schwebt aber der „Abbau“ der Schulhygiene, insbesondere der Unterrichtshygiene, vielen als Ideal vor. Mit dem Prinzip der „Verweichlichung“ der Jugend — der Krieg hat diesen Vorwurf nicht gerade gerechtfertigt! — soll definitiv gebrochen werden. Es ist dies um so bedauerlicher, als, wie ich in früheren Arbeiten nachgewiesen habe, nur 5% der Schüler aus eigener Kraft in der vorgeschriebenen Zeit und ohne Schädigung der Gesundheit den Anforderungen der Schule zu entsprechen vermögen [1]). Wenn man aber dem noch in der Entwicklung begriffenen Organismus eine intellektuelle, gemütliche und körperliche Inanspruchnahme zumutet, die weit über die physiologische Leistungsfähigkeit hinausgeht, wenn man die Ruhepausen verkürzt, den Sonntag seines Feiertagscharakters beraubt, wenn das „hygienische Gleichgewicht“, um einen Ausdruck von *Kemsies* [2]) zu gebrauchen, gestört wird, dann wird man sich nicht wundern dürfen, wenn die Nervenkraft vor der Zeit

[1]) *Benda*, Maß der Lehrpensen und Lehrziele an höheren Unterrichtsanstalten. Ztschr. f. Schulgesundheitspflege 1904. — Derselbe, Sonderklassen für die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. Ztschr. f. Schulgesundheitspflege 1907.

[2]) *Kemsies*, Die vaterländische und militärische Erziehung der Jugend. Leipzig, Leopold Voss, 1915.



verbraucht wird und später keine Reserven mehr zur Verfügung stehen, wenn es sich darum handelt, dem gewaltigen Ansturm der politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Aufgaben, die unser nach dem Kriege harren, gewachsen zu sein. Also wohl Anspannung der geistigen und körperlichen Kräfte der Jugend, aber keine Überspannung!

Das καλὸν κἀγαθόν, das Ideal der humanistischen Erziehung, kann nur auf dem Boden geistiger und körperlicher Gesundheit und vernunftgemäßer Freiheit erwachsen.

Ein weiterer wichtiger Punkt der Prophylaxe betrifft die Eindämmung der Syphilis durch zweckentsprechende Belehrung der Jugend. Wenn, wie ich aus dem Munde von Schulmännern gehört habe, der Prozentsatz der Primaner, die sich geschlechtlich noch nicht betätigt haben, ein erstaunlich kleiner ist, so ist es Aufgabe der Schule, der Volksschule, sowohl wie der höheren, durch ärztliche Belehrung bereits frühzeitig die Schüler auf die Gefahren aufmerksam zu machen, die speziell auch ihrem Nervensystem durch Infektion mit Syphilis drohen. Nicht hoch genug kann auch die ungeheure Tätigkeit bewertet werden, die die Militärverwaltung sowie die Reichsversicherungsanstalt und die Landesversicherungsanstalten zusammen mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kampfe gegen diese Volksseuchen entfalten. Es steht zu hoffen, daß sie ähnliche Erfolge zeitigen wird, wie es zurzeit bei der Antialkoholbewegung der Fall war [1]).

War schon vor dem Kriege dem nervösen, neurasthenischen, hysterischen Minderbemittelten viel zu wenig Gelegenheit gegeben,

[1]) Der Alkohol wirkt auf den heutige Menschen offenbar ganz anders, als er in früheren Zeiten gewirkt haben kann. Würden z. B. beim alten Germanen, der ganz kolossale Mengen solcher Getränke vertilgt haben soll, alle die schädlichen Wirkungen, die wir heute dem Alkohol zuschreiben, sich bereits geltend gemacht haben, so wären die Nachkommen zweifellos ganz ungeheuer entartet, und die germanische Kultur hätte sich schwerlich zu ihrer jetzigen Höhe emporheben können. Unser heutiges nervöses Geschlecht verträgt aber wohl den Alkohol sowohl qualitativ als quantitativ schlechter als seine derbnervigen Vorfahren, und darum verdient der Kampf gegen den Genuß des Alkohols besonders im jugendlichen Alter volle Beachtung und allseitige Unterstützung, insbesondere auch von seiten der Nervenärzte.



in geeigneten Nervenheilanstalten sich behandeln zu lassen, so wird nach dem Kriege dieser Mangel sich noch weit fühlbarer machen. Die wenigen bestehenden, diesen Zwecken dienenden Anstalten haben schon dem bisherigen Bedürfnis in keiner Weise genügt. Daß nicht jede Neurasthenie oder Hysterie durch eine vierwöchige Behandlung geheilt werden kann, ist selbstverständlich. Wenn aber in über 80% der Fälle eine Besserung erzielt wird, die es dem Betreffenden ermöglicht, seinem Berufe weiter nachgehen zu können, so wird man für die Dauer von dieser Wohltat nicht so viele Bedürftige ausschließen können. Die betreffenden Behörden werden, um so mehr, als es auch in ihrem eigensten Interesse liegt, den Irren- und Armenetat zu entlasten, nicht umhin können, offene Nervenheilanstalten, die einen verhältnismäßig wohlfeilen Betrieb haben, in größtem Umfange zu errichten. Man wird sich für die Dauer der Einsicht nicht verschließen dürfen, daß die großen Nervenseuchen eine starke Beeinträchtigung der Volkswohlfahrt herbeiführen. Die Zahl der Jahre und Jahrzehnte Kränkelnden, Klagenden, Verzweifelnden und invalide Gewordenen ist jetzt schon eine bedeutende und wird in Zukunft voraussichtlich noch erheblich steigen, so daß auch eine Schädigung des Nationalwohlstandes durch die Ausschaltung so vieler Arbeitskraft gerade in der Zeit der höchsten Lebensbetätigung die Folge sein muß. Und dem nach Möglichkeit wirksam entgegenzuarbeiten, erfordert, nach dem Kriege mehr denn je, das Lebensinteresse unseres Volkes.

In dieser Hinsicht erscheint mir noch ein Punkt von besonderer Bedeutung. Ohne an dieser Stelle auf die angesichts der zahlreichen Kriegsneurosen im Augenblick wieder lebhaft diskutierte Frage nach der Entstehung und der Natur der „traumatischen Neurose" einzugehen und mich für die eine oder andere Ansicht zu entscheiden, halte ich nach wie vor daran fest, daß in der großen Mehrzahl der Fälle den Neurosen nach entschädigungspflichtigen Unfällen, auch denen, die etwa nicht psychogen entstanden sind, erst durch die ihnen aufgepfropfte Rentenneurose ihr hartnäckiger und bösartiger Charakter aufgedrückt wird [1]). Es muß, um der kausalen Indikation zu genügen, daher nach dem Vorbild anderer Länder auch bei uns von einer vernunftg mäßen Kapitalabfindung, etwa in dem Sinne, wie es für die

[1]) *Benda*, Einige Vorschläge zur Unfallversicherungspraxis. Mtschr. f. Unfallheilkd. 1914.



Kriegsbeschädigten und Kriegerwitwen vorgesehen ist, Gebrauch gemacht werden.

Krankheiten gänzlich zu verhüten, wird ein frommer Wunsch bleiben, Störungen aller Art werden sein, solange organische Wesen sein werden. Auch wenn die Rassenhygiene ihre Ideale verwirklicht haben wird, kräftigere und widerstandfähigere Geschlechter die Erde bewohnen, die Temperamente gleichartiger, Neigungen und Leidenschaften geläuterter sein werden, an Stelle unserer heutigen künstlichen, äußerlichen Zivilisation echte innere Kultur eine Pflanzstätte gefunden haben wird, werden doch die vervollkommneten Maschinen reparaturbedürftig und Abnutzung unausbleiblich sein.

Die Gegenwart aber mit ihren ins Unermeßliche gesteigerten seelischen Erschütterungen zwingt uns mehr noch als früher, jedes Mittel wahrzunehmen, von dem man hoffen darf, daß es für die Hebung und Stärkung der geistigen Kraft des Volkes von Vorteil ist.



Kleinere Mitteilungen.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie wird am 21. September 1916 eine Kriegstagung in München abhalten, für die folgende Berichte vorgesehen sind: 1. *Bonhöffer*-Berlin: Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psycho-pathologischer Zustände; 2. *Wilmanns*-Heidelberg: Dienstbrauchbarkeit der Psychopathen; 3. *E. Meyer*-Königsberg: Die Frage der Dienstbeschädigung bei den Psychosen. Für den 22. Sept. ist eine Beteiligung an den Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte über Neurosen nach Kriegsbeschädigungen in Aussicht genommen. — Es wird gebeten, eigene Erfahrungen nicht in Form von Sondervorträgen, sondern in der Besprechung der vorgesehenen Berichte mitzuteilen. Geschäftliche Angelegenheiten werden, da es sich um eine außerordentliche Sitzung handelt, bis zur nächsten ordentlichen Jahresversammlung zurückgestellt.

Deutscher Verein für Psychiatrie: Rechnungs-Abschluß für das Jahr 1915.

A. Kassenbestand vom Vorjahr:		12 171,47
B. Einnahmen:		
a) 2 Mitgliederbeiträge für 1914 zu 5 M.:	10,—	
538 „ „ 1915 „ 5 „	2 690,—	
2 „ „ 1916 „ 5 „	10,—	
b) Porto-Überschuß und -Ersatz	19,30	
c) Kapitalzinsen aus 3000 M. 3½% Pfandbriefen:	105,—	
Kapitalzinsen aus 2500 M. 3% Pfandbriefen:	75,—	
Kapitalzinsen aus 5500 M. 4% Reichsanleihe:	220,—	
Kapitalzinsen aus 2000 M. 5% Kriegsanleihe II auf 1. I. 1916:	50,—	
d) Zurückgezogene Sparkassen-Einlage nebst Zinsen:	1 490,—	
zusammen:		4 669,30
Bestand und Einnahmen:		16 840,77



C. Ausgaben:

a) Kosten der Kassenführung:	89,44	
b) Ankauf von nom. 2000 M. Kriegsanleihe II:	1 947,20	
Ankauf von nom. 1000 M. Kriegsanleihe III:	965,40	
zusammen:		3 002,04
Überschuß:		13 838,73

D. Vorhanden in:

Nom. 3 000 M. 3½% Pfandbriefen; Ankaufswert:	2 930,85	
Nom. 2 500 M. 3% Pfandbriefen; Ankaufswert:	2 168,35	
Nom. 5 500 M. 4% Deutsche Reichsanleihe; Ankaufswert:	5 586,70	
Nom. 2 000 M. 5% Kriegsanleihe II; Ankaufswert:	1 947,20	
Nom. 1 000 M. 5% Kriegsanleihe III (steht noch aus):	965,40	13 598,50
Barbestand der Kasse:		240,23
zusammen:		13 838,73

Winnental, den 3. März 1916.

Der Kassenführer:
Obermedizinalrat Dr. *Kreuser.*

Anmerkung: Der Jahresbeitrag für 1916 mit 5 M. wird im April eingezogen werden, um Zeichnung auf die Kriegsanleihe IV zu ermöglichen. Pünktliche Einzahlung ist des Zweckes wegen dringend erwünscht.

Die *Heinrich Laehr*-Stiftung hat im Rechnungsjahr April 1915 bis April 1916 Prof. Dr. *Isserlin*-München zur Fortsetzung seiner psychologisch-phonetischen Untersuchungen 1000 M. überwiesen. Das Vermögen der Stiftung bestand am 1. April 1916 aus:

5 000 M.	3 %	preuß. Konsols	eingetragen im Staatsschuldbuch und der Darlehnskasse Berlin verpfändet.
100 000 „	3½ %	preuß. Konsols	
37 000 „	4 %	preuß. Konsols	
96 500 „	5 %	1. Kriegsanleihe	eingetragen im Reichsschuldbuch u. der Darlehnskasse Berlin verpfändet.
70 000 „	5 %	2. „	
52 000 „	5 %	3. „ ,	der Darlehnskasse Berlin zugunsten der 4. Kriegsanleihe verpfändet.
6 758 „		Guthaben bei der Darmstädter Bank.	

Demgegenüber standen 210 640 M. Schulden an die Darlehnskasse Berlin.

Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen hält am 22. Oktober 1916 eine Kriegstagung in Dresden ab. Ein Referat über „Die Geistesstörungen und Neurosen des Heeres zur Kriegszeit, ihre Art, ihre Dauer, ihre Ursache", sowie eine Anzahl von Vorträgen sind gesichert. Etwaige Anmeldungen zu weiteren Vorträgen an Geh. Rat Dr. *Ganser*, Dresden-A., Lüttichaustr. 25 erbeten.

Nochmals Psychopathia gallica. — Bis zu *Groddeck*, dem Entdecker des Morbus democraticus von anno 48, ging *Hans Laehr* zurück, um einen Vorläufer für *Löwenfeld* und *Benda* zu finden. Sie haben aber noch einen späteren Vorgänger, der allerdings auch schon vor fünfundvierzig Jahren auftrat, er ahnte nicht nur ihre Lehre voraus, sondern nahm sie ihnen gleich im vollen Umfang vorweg. Im Jahre 1871 ließ *Karl Stark* (1836—1897), der, ein geborener Sachsen-Weimaraner, damals Direktor der Privatanstalt in Kennenburg in Württenberg war, eine Schrift erscheinen: „Die psychische Degeneration des französischen Volkes, ihr pathologischer Charakter, ihre Symptome und Ursachen. Ein irrenärztlicher Beitrag zur Völkerpathologie" (Stuttgart, 1871) [1]). Über den Inhalt unterrichtet der Titel zur Genüge. Nebenher ergibt sich die überraschende Tatsache, daß, was man 1871 Degeneration nannte, heute Psychopathie heißt; wenn vielleicht in der Sache nicht viel weiter, so sind wir immerhin in der Bezeichnung vom Lateinischen aufs Griechische zurückgekommen. Zwei Jahre später übersiedelte Stark dann selbst als zweiter Arzt der Bezirksirrenanstalt Stephansfeld, deren erster deutscher Direktor und Chefarzt *Karl Pelman* war, nach dem Elsaß, 1876 wurde er *Pelmans* Nachfolger. Er hatte in seiner neuen Stellung reichlich Gelegenheit, Franzosen und französisches Wesen im persönlichen Verkehr kennen zu lernen; die Folge war, daß er seine Kampfschrift nicht mehr aufrechterhielt. *Johannes Vorster* (1860—1904), Starks Schwiegersohn und Nachfolger in Stephansfeld, der, von der Hand eines Kranken gefällt, nun auch schon zwölf Jahre im Grabe ruht, sagt in seinem Nekrolog über *Stark* (Allg. Zeitschr. f. Psych. 54. Bd., S. 737) zu diesem Kapitel: „In einer Zeit, in der die Wogen der politischen Leidenschaften hochgingen, schrieb Stark die kleine, aber Aufsehen erregende Schrift: „Die psychische Degeneration des französischen Volkes". Er selbst äußerste später halb zur Erklärung, halb zur Entschuldigung, daß er diese Schrift in einer Zeit ruhiger Überlegung nicht geschrieben haben würde, daß er aber damals, wo das ganze Volk gemütlich erregt war, speziell noch durch den Verlust eines nahen Verwandten auf dem Schlachtfelde schmerzlich getroffen war." Vielleicht

[1]) Die auch in französischer Übersetzung erschienene Schrift war mir unbekannt geblieben; ebenso war mir die scharfe, aber auch heute noch lesenswerte Abweisung derselben durch *C. Westphal* im 3. Bd. des Archivs f. Psych. entgangen, auf die mich Herr Koll. *Pelman* aufmerksam machte. *H. L.*



werden *Löwenfeld* und *Benda* zur gleichen Einsicht kommen. Wir haben es nicht nötig, die Angriffe von *Toulouse* ernst zu nehmen, der infolge seiner Vielschreiberei und seiner Fixigkeit in den jeweils „neuesten Methoden“ bei den deutschen Psychiatern bekannter geworden ist, als seiner Bedeutung entspricht; die französischen Fachgenossen nehmen ihn lange nicht so wichtig. *E. Hess*-Görlitz.

Personalnachrichten.

Dr. *Friedrich Siemens*, Geh. Med.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern), tritt am 1. Juli in den Ruhestand.

Dr. *Oswald Bumke*, Prof. in Rostock, hat einen Ruf nach Breslau als o. Prof. und Dir. der psychiatr. und Nervenklinik angenommen.

Dr. *Franz Encke*, San.-Rat, Dir. von Neuhof bei Ückermünde, ist zum Dir. der Prov.-Anstalt Lauenburg,

Dr. *Paul Albrecht*, Oberarzt in Treptow a. R., zum Direktor d. Prov.-Anstalt Neuhof,

Dr. *Wilhelm Damköhler*, Oberarzt in Klingenmünster, zum Direktor der Kreisanstalt Günzburg,

Dr. *Karl Eisen*, Oberarzt in Kaufbauren, zum Direktor der Kreisanstalt Regensburg ernannt worden.

Dr. *Karl Brandl*, Oberarzt in Eglfing, ist zur Kreisanstalt Haar,

Dr. *Wilhelm Caselmann*, Oberarzt in Homburg, zur Kreisanstalt Kaufbeuren,

Dr. *Oskar Rein*, Oberarzt in Landsberg a. W., zur Landesanstalt Görden bei Brandenburg,

Dr. *Gustav Deutsch*, Oberarzt in Ückermünde, zur Prov.-Anstalt Treptow a. R. versetzt worden.

Dr. *Heise* in Landsberg a. W.,

Dr. *Alfons Michalke* und

Dr. *Max Gillwald* in Eberswalde,

Dr. *Kurt von Leupoldt* und

Dr. *Felix Großmann* in Teupitz und

Dr. *Georg Treiber* in Görden sind zu Oberärzten ernannt worden.

Dr. *Max Kastan* in Königsberg hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Fr. K. Walter* in Gehlsheim, Priv.-Doz. an d. Univ. Rostock, hat den Charakter als Professor erhalten.

Dr. *Hans Laehr*-Schweizerhof ist Geh. Sanitätsrat,

Dr. *Justus Bödeker*, Prof., leit. Arzt der Privatanstalt Fichtenhof,

Dr. *Gustav Demohn*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Altscherbitz,

Dr. *Moritz Muermann*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Aplerbeck,

Dr. *Otto Mönkemöller*, Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen, und

Dr. *Hans Schröder*, Dir. d. Prov.-Anstalt Hildesheim, Sanitätsrat geworden.



Dr. *Robert Gaupp*, Prof. in Tübingen, ist das Ehrenkreuz des Ordens der württembergischen Krone verliehen.
Dr. *Walter Schulze*, Oberarzt d. Landesanstalt Potsdam,
Dr. *Giese*, Anstaltsarzt d. Landesanstalt Landsberg a. W.,
Dr. *Karl Knörr*, San.-R. und Dir. d. Landesanstalt Teupitz, und
Dr. *Armin Steyerthal*, San.-Rat und leit. Arzt d. Sanat. in Kleinen (Meckl.), sind mit dem Eisernen Kreuz ausgezeichnet worden.
Dr. *Adolf Friedländer*, Prof., Dir. d. Privatanstalt Hohe Mark,
Dr. *Hugo Grunwald*, Anstaltsarzt in Obrawalde,
Dr. *Karl Zinn*, San.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Eberswalde,
Dr. *Karl Knörr*, San.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Teupitz,
Dr. *Arnold Riebeth*, San.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Görden, und
Dr. *Hermann Tille*, leit. Arzt d. Landessiechenanstalt Wittstock, haben die Rote Kreuz-Medaille 3. Kl.,
Dr. *Friedrich Vocke*, Med.-Rat, Dir. d. Kreisanstalt Eglfing,
Dr. *Hans Gudden*, Prof.,
Dr. *Max Isserlin*, Prof., und
Dr. *Walter Spielmeyer*, Prof. in München,
Dr. *Franz Blachian*, Dir. d. Kreisanstalt Haar,
Dr. *Josef Hoch*, Dir. d. Kreisanstalt Bayreuth,
Dr. *Adolf Herfeldt*, Med.-Rat, Dir. d. Kreisanstalt Ansbach,
Dr. *Oskar Ötter*, Dir. d. Kreisanstalt Kutzenberg,
Dr. *Josef Klüber*, Oberarzt in Erlangen,
Dr. *Edwin Harlander*, Oberarzt in Regensburg,
Dr. *Karl Schwarz*, Oberarzt in Bayreuth,
Dr. *Friedrich Utz*, Oberarzt in Ansbach,
Dr. *Ferdinand Probst*, Anstaltsarzt in Eglfing,
Dr. *Josef Wiesmüller*, Anstaltsarzt in Deggendorf,
Dr. *Ludwig Hügel*, Anstaltsarzt in Klingenmünster, und
Dr. *Josef Entres*, Anstaltsarzt in Werneck, haben das König-Ludwig-Kreuz für Heimatverdienste während der Kriegszeit erhalten.
Dr. *Theodor Schneider*, San.-Rat, Oberarzt in Eickelborn, ist am 25. Jan., 49 J. alt,
Dr. *Max Köppen*, ao. Prof. in Berlin, am 14. Febr., 57 J. alt,
Dr. *Paul Schürmann*, Dir. d. Landeshospitals Heina, am 17. Febr., 43 J. alt,
Dr. *Ernst Storch*, Priv.-Doz. in Breslau, am 28. Febr., 50 J. alt,
Dr. *Wilhelm Siebert*, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Marsberg, am 1. März als Stabsarzt d. L. in einem Kriegslazarett im Osten an Fleckfieber und
Dr. *R. Walker*, 2. Arzt der Waldau und Priv.-Doz. in Bern, 50 J. alt, gestorben.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLNADS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN **KREUSER** WINNENTAL **PELMAN** BONN **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

ZWEIUNDSIEBZIGSTER BAND
FÜNFTES U. SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 8. SEPTEMBER



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1916

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ··· Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Zu den Änderungen im Auftreten und Verlauf der allgemeinen progressiven Paralyse während der letzten Jahrzehnte[1]).

Von

Heinrich Dübel, Assistenzarzt der Anstalt Tannenhof.

Mit 2 Kurven und 1 Zeichnung.

Vor allen Geisteskrankheiten hat wohl die Paralyse in den letzten 100 Jahren das fachmännische Interesse erregt, was seinen Ausdruck findet in ihrer gewaltigen Literatur. Während zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Krankheit noch fast unbekannt war und man erst im Laufe der ersten fünf Jahrzehnte nach lebhaften Meinungsverschiedenheiten und mancherlei Irrtümern zu der grundlegenden Erkenntnis gelangte, daß es sich um eine bestimmte Krankheitsform mit besonderen Symptomen und pathologisch-anatomischem Befund handle, hat die seitdem einsetzende allseitige und intensive Forschung zur Folge gehabt, daß wir heute einigermaßen mit dem Wesen der Paralyse vertraut sind. Aber schon frühzeitig, als noch viele Fragen hinsichtlich dieser Krankheit nicht geklärt erschienen, erhoben sich Stimmen, die auf Wandlungen hinwiesen, die sich sowohl in ihrem Auftreten als auch ihrem klinischen Verlaufe bemerkbar machen sollten. Gegen Ende des Jahrhunderts begannen diese Fragen das allgemeine Interesse zu erregen, und seitdem hat sich eine Reihe von Forschern mit ihnen in statistischen Untersuchungen beschäftigt. Da die Meinungen über manche Punkte noch vielfach auseinandergehen, schien es mir nicht unbegründet, auch meinerseits mich diesen Fragen zuzuwenden. Nun ist über den Wert von statistischen Untersuchungen ja schon viel gestritten worden; man mag jedoch darüber

---

[1]) Statistischer Beitrag aus der Anstalt Tannenhof bei Lüttringhausen im Rhld.



denken, wie man will, niemand wird bestreiten können, daß sich manche Fragen überhaupt nicht anders lösen lassen als auf statistischem Wege. Das Wort Virchows aber, mit dem er in seiner Eröffnungsrede bei der Begründung der „Pathologischen Gesellschaft" den statistischen Untersuchungen überhaupt das Verdammungsurteil sprach: „Perpendendae, non numerandae sunt observationes!" kann auch auf die statistischen Untersuchungen selbst seine Anwendung finden, indem man die Schlußfolgerungen aus diesen nicht einfach als Rechenexempel betrachten darf. Nach Art und Umfang des zugrunde liegenden Materials, nach Genauigkeit der Untersuchung sind sie zu wägen. Und wenn dann auch die gewissenhafteste Untersuchung des einzelnen Autors noch keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben darf, so bildet sie doch einen Stein zum Gebäude der Erkenntnis.

Mein Material stammt aus der evangelischen Heil- und Pflegeanstalt Tannenhof bei Lüttringhausen, die von der Inneren Mission der Rheinlande gegründet und im Frühjahr 1896 eröffnet wurde. Grundsätzlich werden dort Kranke aus allen Schichten der Bevölkerung aufgenommen, doch gehören die meisten Patienten den mittleren und höheren Gesellschaftsklassen an, da die unteren Stände größtenteils die Provinzialanstalten aufzusuchen pflegen. Wie natürlich, stammen die meisten Fälle aus den Nachbargebieten der Anstalt, also Rheinland und Westfalen: eine geringere Anzahl kommt auch aus entfernteren Gegenden, doch sind ihrer nur verhältnismäßig wenige, die dazu zum großen Teil ihre ursprüngliche Heimat ebenfalls in den obengenannten Gebieten haben. Was mein Vorgehen bei der Arbeit anlangt, so habe ich das Jahr 1896 völlig aus meinen Untersuchungen ausgeschieden, da die Anstalt, den eingegangenen Verpflichtungen gemäß, bei ihrer Eröffnung 200 ihr von der Regierung zugewiesene Pfleglinge übernahm, unter denen sich auch eine Reihe Paralytiker befanden. Aus diesem lediglich nach Willkür der betreffenden Provinzialanstalten zugesandten Material waren natürlich keine Schlüsse auf die in der Allgemeinheit herrschenden Verhältnisse zu ziehen. In den folgenden Jahren, wo es sich nur um Auffüllung des vorhandenen Bestandes handelte, also nur eine verhältnismäßig sehr geringe Anzahl von Paralytikern in Frage kam, fiel dies Moment weniger ins Gewicht, so daß ich es in Anbetracht der großen Schwierigkeit, die betreffenden Fälle auszusondern, vernachlässigen zu dürfen glaubte. Das Allgemeinresultat wird dadurch kaum verändert worden sein. Aus technischen Gründen habe ich sodann meine Zusammenstellungen nicht nach Geschäftsjahren der Anstalt, d. h. vom 1. April bis 31. März, sondern nach Kalenderjahren geordnet. Aus dieser Beobachtungszeit von 18 Jahrgängen habe ich nun, nach Ausscheidung der zweifelhaften Fälle, 267 männliche und 34 weibliche Paralysen



verwerten können. Um meinen Untersuchungen ein möglichst großes Material zugrunde zu legen, habe ich mich nicht nur auf die verstorbenen Paralytiker beschränkt, sondern auch die nicht bis zum Tode beobachteten Fälle verwendet, soweit sie nach den Hilfsmitteln der Diagnostik als sichere Paralysen erschienen. Wo es nötig war, habe ich natürlich nur die Ergebnisse bei den verstorbenen Kranken benutzt, bzw. sie zum Vergleich herangezogen. Im übrigen werden bei der heutigen Kenntnis der Paralyse kaum große Fehler durch dieses Vorgehen entstanden sein. Soweit noch erklärende Bemerkungen nötig sind, werde ich sie bei den entsprechenden Abschnitten einfügen.

I. Schon frühzeitig ist auf die zunehmende Häufigkeit der Paralyse hingewiesen worden.

Um einige Beispiele zu nennen, machte bereits in den 60er Jahren *Lunier* [1]) für Frankreich diese Beobachtung, in den 80er Jahren *Regis* [2]), der angab, daß die Anzahl der Paralytiker in einigen Anstalten Frankreichs um 33 % zugenommen habe. Für England wies *Althaus* [3]) nach, daß während des Zeitraums von 1838 bis 1871 in den englischen Irrenanstalten die Zahl der Paralytiker ein stetiges Anwachsen gezeigt habe, und zwar von 12,61 % auf 18,11 % der Gesamtzahl aller Geisteskranken. Von deutschen Autoren sei zunächst *Huppert* [4]) genannt, der darauf aufmerksam machte, daß nach den Ergebnissen der sächsischen Pflegeanstalten die Paralyse in allen Klassen der Bevölkerung, auch in den Landwirtschaft und Ackerbau treibenden Schichten, in der Zunahme begriffen sei. Späterhin veröffentlichte *Thomsen* [5]), daß in der Berliner Charité die relative Zahl der Paralytiker in den Jahren 1880 bis 1885 von 28 % auf 35 %, in der Folge auf 45,6 % stieg, und in der bayrischen Anstalt Deggendorf [6]) steht sogar einer Prozentzahl der männlichen Paralysen von 9,3 in der Periode von 1869 bis 1874 die 2½mal so große Zahl von 23,2 % in den Jahren 1885 bis 1890 gegenüber. Ferner haben noch *Mendel*, der 1898 besonders die zunehmende Häufigkeit der weiblichen Paralysen betonte, *Krafft-Ebing* und viele andere (z. B. *Fürstner*, *Hoppe*, *Behr*) ähnliche Beobachtungen gemacht. Anderseits hat es aber auch nicht an Stimmen gefehlt, die das Gegenteil behaupteten. So bestritt z. B. *Simon* [7]) für Hamburg eine Zunahme der Paralyse während des Zeitraums von 1860 bis 1870, nach *Fränkel* [8]) ging in Anhalt während der Jahre 1875 bis

[1]) Zit. bei *Baer*.
[2]) Zit. bei *Obersteiner*.
[3]) Zit. bei *Mendel*, Monographie.
[4]) Zit. bei *Mendel*, Monographie.
[5]) Zit. bei *Obersteiner*.
[6]) Zit. bei *Baer*.
[7]) Zit. bei *Mendel*, Monographie.
[8]) Zit. bei *Mendel*, Monographie.



1877 die relative Zahl der männlichen Paralytiker von 18,5 % auf 12,36 % zurück, *Stewart*[1]) stellte für England eine ständige Abnahme der Paralyseziffer, besonders in den niederen Klassen, für die Jahre 1892 bis 1897 fest. Ferner seien noch *Eickholdt*-Grafenberg, *Stark*, *Baer*, *Joachim*-Stephansfeld, *Junius* und *Arndt*-Dalldorf in diesem Sinne erwähnt.

Über die Tannenhofer Verhältnisse in dieser Beziehung gibt zunächst folgende Tabelle Aufschluß:

Jahre	Gesamtaufnahmen			Paralysen			Prozentanteil der Paralysen		
	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.
1897.....	73	48	121	13	3	16	17,81	6,25	13,22
1898.....	50	54	104	11	2	13	22,00	3,70	12,50
1899.....	39	57	96	12	1	13	30,77	1,75	13,54
1900.....	58	66	124	16	2	18	27,59	3,03	14,52
1901.....	51	57	108	8	3	11	15,69	5,26	10,19
1902.....	67	65	132	14	1	15	20,90	1,54	11,36
1903.....	69	76	145	14	3	17	20,29	3,95	11,72
1904.....	73	102	175	19	4	23	26,03	3,92	13,14
1905.....	87	85	172	18	2	20	20,69	2,35	11,63
1906.....	69	103	172	14	4	18	20,29	3,88	10,47
1907.....	72	93	165	13	1	14	18,06	1,08	8,48
1908.....	115	76	191	24	1	25	20,87	1,32	13,09
1909.....	80	75	155	12	1	13	15,00	1,33	8,39
1910.....	74	64	138	14	0	14	18,92	0	10,14
1911.....	90	61	151	20	2	22	22,22	3,28	14,57
1912.....	78	54	132	13	3	16	16,67	5,56	12,12
1913.....	93	51	144	16	1	17	17,20	1,96	11,81
1914.....	77	56	133	16	0	16	20,78	0	12,03
Summa	1315	1243	2558	267	34	301	20,30	2,74	11,77

Sowohl bei den Paralytikern als auch bei den Gesamtaufnahmen habe ich jeden Fall, der wiederholt in Tannenhof aufgenommen wurde, nur einmal in Rechnung gesetzt, und zwar unter dem Jahre der ersten Aufnahme. Damit vermied ich eine in manchen andern Statistiken sich findende Fehlerquelle, wo die mehrmals aufgenommenen auch ebensooft gerechnet wurden.

Daß diese Fehlerquelle nicht unerheblich ins Gewicht fallen kann, mag die Tatsache erweisen, daß unter den seit 1898 in Tannenhof zur Aufnahme gekommenen männlichen Kranken 192 sich befanden, die früher schon ein- oder mehreremal ebendort gewesen waren. Unter diesen 192 Patienten befanden sich nur 48 Paralytiker; es ergibt sich also ein

[1]) Zit. bei *Obersteiner*.

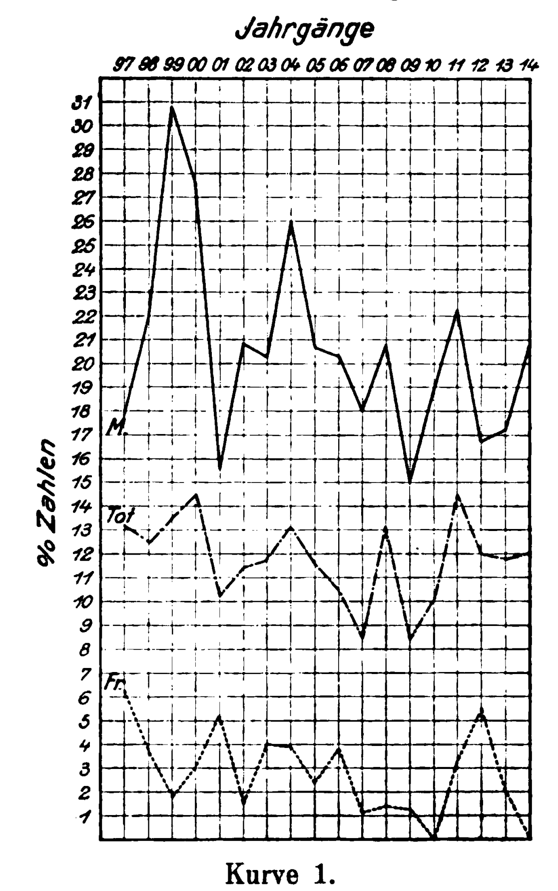


Verhältnis von etwa 1 : 4, während das Durchschnittsprozentverhältnis der männlichen Paralytiker 20,30 %, also etwa 1 : 5 beträgt. Das ist allerdings noch wenig im Vergleich mit den Resultaten von *Junius* und *Arndt*, die an dem Material der Anstalt Dalldorf feststellten, daß in den Jahren 1899, 1900 und 1901 unter den mehrmals aufgenommenen Patienten nur 13,1 %, 11,7 % und 6,3 % Paralytiker waren, während der Durchschnittsprozentsatz der Paralysen unter den Gesamtaufnahmen bei ihnen 26,5 % betrug. Allerdings sind das die Zahlen für beide Geschlechter zusammen. Auch bei mir würde sich bei der geringen Anzahl der in Tannenhof zur Beobachtung gekommenen weiblichen Paralysen das erwähnte Verhältnis für beide Geschlechter zusammen sicherlich ganz bedeutend niedriger stellen. *Junius* und *Arndt*, die diese Fehlerquelle nicht umgangen haben, meinen nun zwar, daß sie nicht allzu sehr ins Gewicht fiele bei einem fortlaufenden Vergleich, da der Fehler in den einzelnen Jahrgängen so ziemlich konstant bleiben würde. Letztere Annahme konnte ich an meinem Material nicht bestätigt finden, wo sich in den einzelnen Jahrgängen recht große Schwankungen in dieser Beziehung bemerkbar machten, so daß sich manchmal doch nicht ganz unbeträchtliche Fehler hätten ergeben können.

Aus obiger Tabelle sieht man, daß die Ziffern der Gesamtaufnahmen, die in den ersten drei Rubriken angegeben sind, in den einzelnen Jahren zwar sehr wechseln, aber im ganzen schließlich doch keine große Steigerung gegenüber der ersten Zeit erfahren. Auch die Höhe der Paralytikeraufnahmen wechselt, jedoch nicht im gleichen Verhältnis wie die Gesamtaufnahmen, was deutlich aus den Prozentzahlen in den letzten drei Rubriken hervorgeht, die starken Schwankungen unterworfen sind. Zum Beispiel zeigt sich 1899 die höchste Prozentziffer der männlichen Paralysen mit 30,77 und bereits 1901 die zweittiefste mit 15,69; bei den Frauen 1897 die höchste mit 6,25%, 1910 und 1914 die tiefste mit 0, und zwischen ihnen, 1912, die zweithöchste mit 5,56%. Diese Schwankungen finden sich nun bei beiden Geschlechtern nicht zur gleichen Zeit, sondern oft steht in demselben Jahre einer verhältnismäßig sehr niedrigen Prozentzahl bei den Männern eine besonders hohe bei den Frauen gegenüber, wie die Betrachtung der Jahrgänge 1897, 1901 und 1912 deutlich zeigt. Diese Tatsache ist jedenfalls auffallend, ohne daß ich aber eine Erklärung für sie wüßte. Um Schwankungen national- und sozialökonomischer Art, wie *Mohr* sie erwähnt, kann es sich nicht handeln, sie könnten sich bei beiden Geschlechtern nicht in diametral entgegengesetztem Sinne bemerkbar machen. Übrigens finden sich solche scheinbar regellosen Schwankungen in vielen Statistiken. Ob es sich hier einfach nur um Fehler-



quellen handelt, läßt sich schwer entscheiden. Jedenfalls dürften sich heutzutage diagnostische Fehlerquellen, wie schon von anderer Seite mit Recht betont worden ist, kaum noch in derartig starkem Maße geltend machen. Der Hinweis *Starks*[1]), daß die Wirkungsintensität der die Krankheit hervorrufenden Ursachen und die Widerstandskraft der Individuen sowie die Häufigkeit der zufälligen und gelegentlichen Schädlichkeiten zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene sei und daher Schwankungen in den Paralyseziffern hervorrufen müsse, ist gewiß einleuchtend, jedoch wird manchmal wohl auch die verhältnismäßig geringe Größe des benutzten Materials, die naturgemäß Zufälligkeiten größeren Spielraum bietet, für die erwähnten Schwankungen bis zu einem gewissen Grade mit verantwortlich zu machen sein. Das regellose Auf und Ab der Prozentziffern in der obigen Tabelle erschwert nun die Prüfung der Frage sehr, ob die relative Höhe der Paralytikeraufnahmezahl im Laufe der Zeit Änderungen erfahren hat. Dem mag zunächst eine Kurvenzeichnung abhelfen:



Kurve 1.

[1]) Zit. bei *Baer*.

Sofort springt die absteigende Tendenz der obersten Kurve in die Augen, die die Verhältnisse der männlichen Paralysen darstellt. Die mittlere Kurve verbildlicht die Ziffern für beide Geschlechter zusammen. Hier zeigt sich ein Abstieg bis zum Jahre 1909, von da an aber wieder eine aufsteigende Richtung, so daß das Gesamtresultat ungefähr einer Horizontalen entsprechen würde. Die unterste Kurve endlich bringt die Prozentwerte der weiblichen Paralysen zur Anschauung. Ebenso wie bei den Männern ist eine deutlich absteigende Tendenz erkennbar. Der Nullpunkt wird aber schon im Jahre 1910 erreicht, worauf ein schroffer Anstieg bis zum Jahre 1912 erfolgt, wo die Kurve beinahe wieder zu ihrer Anfangshöhe gelangt, und sodann wieder ein ebenso steiler Abfall bis zum Jahre 1914, und zwar zur gleichen Tiefe wie 1910. Auf diesen auffallenden Gipfelpunkt zwischen den Jahren 1910 und 1914 habe ich ja oben schon hingewiesen; eine Erklärung ist dafür nicht zu geben. Im übrigen geht aus dem Vergleich zwischen der männlichen und weiblichen Kurvenlinie deutlich die entgegengesetzte Schwankungsrichtung bei beiden Geschlechtern hervor, indem fast durchweg ein Gipfelpunkt bei den Männern einem Tiefpunkt bei den Frauen entspricht und umgekehrt. Die aus den Kurven hervorgehende Abnahmetendenz in der relativen Aufnahmeziffer der männlichen und weiblichen Paralytiker kommt nun auch klar zum Ausdruck bei den Zahlen selbst, wenn man die für die einzelnen Jahrgänge gefundenen Werte zu mehreren Perioden von je 6 Jahren zusammenfaßt, wie es in folgender Weise geschehen ist:

Jahresperioden	Gesamtaufnahmen			Paralysen			Prozentanteil der Paralysen		
	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.
1897—1902	338	347	685	74	12	86	21,89	3,46	12,55
1903—1908	485	535	1020	102	15	117	21,03	2,80	11,47
1909—1914	492	361	853	91	7	98	18,50	1,94	11,49
Summa	1315	1243	2558	267	34	301	20,30	2,74	11,77

Es zeigt sich auch hier, daß die Paralytikeraufnahmen die Schwankungen bei den Gesamtaufnahmen hinsichtlich der Qualität mitmachen, aber nicht in gleichem Maße wie sie. Das tritt dann in den Prozentzahlen in Erscheinung, die bei Männern und Frauen eine fortschreitende Abnahmetendenz zeigen. Bei den totalen Ziffern findet, was gegen-



über den gesonderten Ergebnissen bei Männern und Frauen etwas paradox erscheint, ein Absinken nur in der zweiten Periode statt, während die dritte Periode fast genau denselben Prozentwert aufweist wie die zweite.

Der erleichterten Darstellung halber will ich im folgenden nun die Verhältnisse bei beiden Geschlechtern gesondert besprechen, wie ich es dann immer im ferneren Verlauf der Arbeit getan habe.

Was zunächst die männlichen Paralytiker anlangt, so ist der Abfall von der ersten zur zweiten Periode erheblich geringer als der von der zweiten zur dritten, nämlich 0,86 Prozenteinheiten gegenüber 2,53. Von dem Durchschnittswert von 20,30% entfernen sich, wie zu erwarten, beide Ziffern in annähernd gleichem Maße. Diese Abnahme der relativen Aufnahmezahl der männlichen Paralytiker um 3,39 Prozenteinheiten im Laufe von 18 Jahren ist mit Rücksicht auf die verhältnismäßige Höhe der in Betracht kommenden Zahlen nun gewiß nicht sehr erheblich, immerhin ist eine Abnahmetendenz aber vorhanden, und somit steht mein Resultat im Widerspruch zu den Ergebnissen einer großen Zahl von andern Autoren.

Außer den bereits in der Einführung zu diesem Kapitel angeführten Beispielen sei hier *Greidenberg* erwähnt, der an dem Material der Anstalt Symferopol in der Krim während der Jahre 1885 bis 1890 einen Prozentanteil der männlichen Paralytiker von 10,7 feststellte, der sich in dem Zeitraum von 1891 bis 1895 auf 19,2 % steigerte. Diese Steigerung auf beinahe das Doppelte in einem verhältnismäßig so kleinen Zeitraum ist freilich eigentlich zu enorm, um sie allein auf das Konto der Ausbreitungstendenz der Paralyse setzen zu können. Eine derartig starke Zunahme in so kurzer Zeit haben die meisten andern Autoren nicht gefunden, jedenfalls nicht in der Literatur, die ich berücksichtigt habe. So fand *Snell* z. B. für die Provinzialanstalt Hildesheim in dem Zeitraum von 1857 bis 1886, also innerhalb 30 Jahren, eine relative Zunahme der männlichen Paralyse von 11,2 % auf 19,1 %, *Buchholz*, der allerdings die Paralytikerzahl zur Bevölkerungsziffer in Beziehung setzte, für den Regierungsbezirk Kassel im Zeitraum von 1877 bis 1897 ein Anwachsen um 32,8 %, also um knapp ein Drittel. Wie schon erwähnt, hat es nun nicht an gegenteiligen Stimmen in der Literatur gefehlt. Im Gegensatze zur preußischen Statistik für die Rheinlande, nach der die Prozentziffer der Paralytiker von 8,1 im Jahre 1876 auf 14,4 im Jahre 1881 stieg, konnte *Eickholt* für Grafenberg in dem Zeitraum von 1876 bis 1882 eine ständige Abnahme des Prozentanteils der Paralytiker verzeichnen. Da die Zusammensetzung der Bevölkerung, die der Anstalt Grafenberg das Krankenmaterial liefert,

annähernd die gleiche sein wird, wie die der für Tannenhof in Betracht kommenden, setze ich die Zahlen *Eickholts* zum Vergleich hierher. Die relative Aufnahmezahl der Paralytiker betrug nach seiner Aufstellung:

im Jahre	
1876	17 %
1877	18 %
1878	18 %
1879	16 %
1880	15 %
1881	15 %
1882	13 %.

Für die 3 ersten Jahre ergäbe sich somit eine durchschnittliche Prozentziffer von etwa 17,7 %, für die 4 letzten eine solche von etwa 14,75 %, im ganzen also ein Unterschied von ungefähr 3 %. Da es sich um einen erheblich geringeren Zeitraum handelt als bei meinen Untersuchungen, würde das also eine noch viel bedeutendere Abnahme der Paralytikeraufnahmen darstellen als die für Tannenhof gefundene. Nun darf man natürlich in Anbetracht der verschiedenartigen Anstaltsverhältnisse die Ziffern Tannenhofs nicht direkt zu denen Grafenbergs in Beziehung setzen, immerhin ist es aber für die hier in Betracht kommenden Fragen nicht unwichtig, daß sich schon damals bei einer gleichartigen Bevölkerung eine ständige relative Verringerung der Paralytikeraufnahmen zeigte. Auch *Baer* stellte für Stephansfeld eine sich in größeren Zeiträumen von je 8 bis 10 Jahren bemerkbar machende ständige Abnahme der relativen männlichen Paralytikerzahlen fest, und zwar ging der Prozentsatz von 20,7 % im Zeitraum von 1872 bis 1880/81 auf 14,8 % in der Jahrperiode 1888/89 bis 1899/1900 zurück. *Joachim*, der *Baers* statistische Untersuchungen an der Anstalt Stephansfeld fortsetzte, fand für den Zeitraum von 1899/1900 bis 1909/10 eine weitere Verminderung der männlichen Paralytiker auf 13,5 %. Auch für die Anstalt Saargemünd und die Straßburger Klinik konstatierte *Joachim* eine relative Abnahme der Paralytikeraufnahmen, und zwar betrug für Saargemünd der Unterschied zwischen den beiden Jahrzehnten 1887/96 und 1898/09 2,7 %, während in der Straßburger Klinik die Prozentziffer von 8,2 % in der Periode 1898/1901 auf 5,4 % in dem Zeitraume von 1906/09 herunterging. Auch die von *Süßmann* in der psychiatrischen Klinik zu Kiel gefundenen Zahlen lassen eine relative Verminderung der Paralytikeraufnahmen deutlich erkennen. Da *Süßmann* selbst, mir völlig unerklärlich, eine Zunahme der Paralysen aus seinen Ziffern herausliest, gebe ich sie hier wieder:

	1901 (letztes Quartal) gestorben	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Kiel	Männer..........	14,6 %	10,1 %	10,9 %	9,9 %	11,3 %	7,9 %	7,5 %
	Männer u. Frauen	10,6 %	8,1 %	8,9 %	8,5 %	8,3 %	6,6 %	6,7 %



Meiner Meinung nach läßt sich da nur eine Abnahme der Paralysen herauslesen, und auch bei den Frauen allein kann, wie ich nachher noch dartun werde, von einer Zunahme kaum gesprochen werden. *Kaes* konnte an der Anstalt Friedrichsberg bei Hamburg in der Zeit von 1870 bis 1889 ebenfalls keine Zunahme der Paralysen konstatieren. Den Beschluß der Beispiele mögen nun noch die Resultate von *Junius* und *Arndt* machen, die für den Zeitraum von 1892/93 bis 1901/02 statistische Untersuchungen an dem großen Material der Anstalt Dalldorf angestellt haben. Geisteskranke Männer überhaupt wurden dort in dem genannten Zeitraum 8170 aufgenommen, von denen 2425 Paralytiker waren. Dies Material ist so groß, daß man die Gefahr von Fehlerquellen infolge irgendwelcher Zufälligkeiten nahezu als ausgeschlossen betrachten muß. Allerdings muß ich vorausschicken, daß sich unter diesen Zahlen alle von den Jahresberichten der Anstalt Dalldorf als Paralytiker bezeichneten Kranken befinden, also auch die diagnostisch zweifelhaften Fälle. Ferner sind auch die mehrmals aufgenommenen Kranken nicht nur einmal aufgeführt, sondern jedesmal wieder mitgerechnet. Indessen muß man in Anbetracht der Größe des Untersuchungsmaterials doch annehmen, daß sich die tatsächlichen Verhältnisse bis zu einem gewissen Grade in den angegebenen Zahlen widerspiegeln werden. Ich habe nun die einzelnen Jahre des von *Junius* und *Arndt* bearbeiteten Jahrzehnts in drei Perioden zusammengefaßt und die Prozentwerte für diese Abschnitte ausgerechnet. Demnach waren von allen in Dalldorf aufgenommenen männlichen Geisteskranken paralytisch:

von 1892/1893 bis 1895/96 = 33,43%	*Junius* und *Arndt*.
von 1896/1897 bis 1898/99 = 31,32%	
von 1899/1900 bis 1901/02 = 24,76%	

Also auch hier zeigt sich im Laufe der Jahre eine deutliche Verminderung des Prozentanteils der männlichen Paralytiker, die sogar zwischen der ersten und letzten Periode eine Differenz von 8,67% ergibt. *Junius* und *Arndt* geben nun auch noch die Prozentzahlen für beide Geschlechter zusammen aus der Anstalt Herzberge wieder, bei denen sich während des Zeitraums von 1896/97 bis 1901/02 ebenfalls eine fortschreitende Verminderung der Paralytikeraufnahmen zeigte.

Aus den angeführten Beispielen ergibt sich die nicht unwichtige Tatsache, daß an den verschiedenartigsten Anstalten mit der Bevölkerung nach ganz andersartigem Krankenmaterial wie Tannenhof, Dalldorf und Herzberge, Kiel und den elsaß-lothringischen Anstalten in neuerer Zeit nicht nur nicht eine Vermehrung der Paralyse, sondern direkt das Gegenteil beobachtet worden ist. Auch *Kraepelin*, der 1899 *Mendel* noch in bezug auf die zunehmende Häufigkeit der Paralyse zustimmte, mußte späterhin (1910) an seinem Münchener Kranken-



material eine erhebliche Abnahme der Paralysen konstatieren. Allerdings leitet er selbst keine Schlüsse daraus ab, sondern führt diese Erscheinung auf seine im Laufe der Jahre immer vorsichtiger gewordene Diagnosenstellung zurück. Seine dabei ausgesprochene Annahme, daß im Hinblick auf die Erfahrungen in den Großstädten eine gewisse Zunahme der Paralyseerkrankungen sehr wahrscheinlich sei, wird durch die Untersuchungsergebnisse an dem großstädtischen Material der Anstalten Dalldorf und Herzberge für die neuere Zeit jedenfalls nicht mehr bestätigt. Die von mehreren Seiten beobachtete Abnahme im Verhältnis der Paralytiker zu den Gesamtaufnahmen glaubt *Kraepelin* jedoch möglicherweise auf das Anwachsen anderer Formen des Irreseins (z. B. Alkoholismus) oder auch lediglich auf das erleichterte Zuströmen derselben zurückführen zu können. Gegen diese Vermutung spricht bei den Ergebnissen von *Junius* und *Arndt* die Tatsache, daß sich auch im Verhältnis der Paralysen zur Bevölkerungsziffer eine Abnahme zeigte. Während die Bevölkerung Berlins sich innerhalb 6 Jahren um 11,76% vermehrte, stieg die Aufnahmeziffer der Paralytischen an den beiden Berliner städtischen Irrenanstalten nur um 4,81%. Wenn nun auch die Bevölkerungszunahme zu einem nicht unerheblichen Teil durch Personen veranlaßt wird, die nach ihrem Alter (Kinder, Greise) für die Erwerbung der Paralyse wenig in Frage kommen, so machen *Junius* und *Arndt* doch mit Recht darauf aufmerksam, daß die Vermehrung der Bevölkerung gerade in der Großstadt nicht nur durch Geburten, sondern auch durch Zuzug, und zwar von im kräftigsten Alter stehenden Leuten, wie Dienstmädchen, Soldaten, Arbeitern aller Art usw. geschieht. Speziell für Tannenhof kann ich die Wirksamkeit der von *Kraepelin* angeführten Gründe bestimmt verneinen, denn einmal findet, wie aus der obigen Tabelle hervorgeht, nur von der ersten zur zweiten Jahrperiode eine erhebliche Zunahme der männlichen Gesamtaufnahmen statt, während sie in der zweiten und dritten Jahrperiode annähernd auf derselben Höhe bleiben, obwohl die relative Paralytikerzahl gerade in dem letzteren Zeitabschnitt die stärkste Verminderung zeigt. Andrerseits weiß ich aus persönlicher Erfahrung, wie wenig Alkoholisten und Epileptiker, welche Kategorien wohl besonders für eine größere Aufnahmehäufigkeit in neuerer Zeit in Betracht kommen, im Tannenhofer Krankenmaterial vertreten sind. Was das erleichterte Zuströmen anlangt, falls es sich bei andern

Anstalten bemerkbar macht, so wird es übrigens auch bei den Paralysen zur Wirkung kommen müssen. An dieser Stelle will ich nun gleich erwähnen, daß ich auch an den rheinischen Provinzialanstalten eine geringe Abnahmetendenz der Paralytikeraufnahmen während der letzten beiden Jahrzehnte an Hand einer Statistik feststellen konnte, die ich nach den Jahresberichten des Provinzialausschusses der Rheinprovinz zusammengestellt und am Schlusse dieses Kapitels eingefügt habe. Da es sich um ein großes, dichtbevölkertes Gebiet mit einer recht hohen Zahl von Geisteskranken handelt, läßt sich diese Tatsache nicht einfach beiseite schieben. Die neuerdings schärfere Diagnosenstellung und Ausscheidung der zweifelhaften Fälle, die *Kraepelin* für die an seiner Münchener Klinik beobachtete Abnahme der Paralytiker verantwortlich macht, kann hier nicht als wirksames Moment in Frage kommen, da in den Zahlen der Jahresberichte sicherlich auch die zweifelhaften Fälle mit enthalten sind. Auch das erleichterte Zuströmen von Geisteskranken kann nicht als alleinige Ursache angesehen werden, wie ich später noch dartun werde. Es müssen also noch andere Gründe dabei eine Rolle spielen. Wie lassen sich nun die Widersprüche in den Ergebnissen der verschiedenen Autoren erklären? Daß die Paralyse früher tatsächlich in zunehmendem Maße in Erscheinung getreten ist, kann nicht gut bestritten werden. Ein Beweis dafür ist schon die fast völlige Unbekanntheit der Krankheit vor dem Beginn des 19. Jahrhunderts. Die weitere Zunahme der Paralyse wird dann in der Folge von so zahlreichen Stimmen in der Literatur bezeugt, daß das ohne einen tatsächlichen Zusammenhang undenkbar wäre. *Mendel* erklärte sich diese Erscheinung durch die Ausbreitung der Syphilis und die Zunahme der psychischen Schädlichkeiten. Es ist klar, daß die besonders in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts wachsende Genußsucht, die erhöhten Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit, der erschwertere Kampf ums Dasein usw. als für die Paralyse disponierende Momente im Sinne einer Zunahme dieser Erkrankung ihre Wirkung zeigen mußten. Andrerseits werden auch die wohl nicht ganz unrecht haben, die die Zunahme der Paralyse zum Teil als eine nur scheinbare erklärten, indem sie sie bis zu einem gewissen Grade auf die fortgeschrittenere Erkenntnis der Krankheit und die daraus resultierende Diagnostizierung mancher früher nicht erkannten Fälle sowie auf das mehr und mehr schwindende Miß-

trauen gegen die Anstalten zurückführten, was eine häufigere Überweisung an diese von früher in den Familien gepflegten ruhigeren Kranken zur Folge gehabt habe. Es ist nunmehr wohl nicht unmöglich, daß die steigende Wirkung dieser ursächlichen Momente bis zu einem gewissen Höhepunkt gelangt ist, so daß sie konstant bleibt und ein Stillstand in der Zunahme der Paralyse infolgedessen sich bemerkbar zu machen beginnt. Vielleicht mag auch die Abschwächung des syphilitischen Giftes oder, wie man es auch auffassen kann, die im Laufe der Zeit größer gewordene Widerstandskraft des Organismus gegen seine Einwirkung bei den neuerdings sich anscheinend häufenden Beobachtungen von einem Rückgang der Paralytikeraufnahmen als ursächlich in Frage kommen. Von einer solchen Vermutung bis zu einer erwiesenen Tatsache ist ja nun noch ein langer Weg, der erst durch zahlreiche andere bestätigende Untersuchungen geschaffen werden muß. Leider wird hier aber wohl der Weltkrieg jeden Vergleich unmöglich machen. Die nervenzerrüttende Wirkung des mit allen Hilfsmitteln der Vernichtung geführten jahrelangen, furchtbaren Kampfes, die zahlreichen Kopfverletzungen und sonstigen Erschütterungen des Zentralnervensystems, die gewaltig erhöhte geschlechtliche Infektionsgefahr, die für manche Kreise enorm erschwerten Daseinsbedingungen lassen mit Sicherheit ein mächtiges Emporschnellen der Paralyseziffern in der kommenden Zeit erwarten. Möglicherweise mag ja die erwähnte Abschwächung des syphilitischen Virus insofern mildernd zur Geltung kommen, als verhältnismäßig nicht so viele Personen an Paralyse erkranken werden, als es in früheren Jahrzehnten nach einem gleich furchtbaren Kriege geschehen wäre, die Ernte, die diese verderbliche Krankheit aller Voraussicht nach im Gefolge dieses Krieges halten wird, wird trotzdem wahrscheinlich immer noch groß genug sein, um die bisherigen Verhältnisse im Auftreten der Paralyse von Grund auf zu verändern.

Zum Schluß will ich noch kurz auf die Höhe des für die männlichen Paralytiker in Tannenhof gefundenen Prozentanteils an sich eingehen. Er beträgt, wie aus obigen Tabellen ersichtlich ist, im Durchschnitt 20,30 %. Das ist gegenüber den für Anstalten mit großstädtischem Material gefundenen Zahlen nicht viel. *Junius* und *Arndt* fanden z. B. für die männlichen Paralytiker als Durchschnittsatz 29,7 %, *Krafft-Ebing* gibt für den Zeitraum 1888 bis 1892 als durchschnittlichen Prozentsatz der Paralytiker in der Irrenanstalt Pest 36,5 %, in Berlin 34,5 %, in München 36,3 % an,



Kaes für Friedrichsberg bei Hamburg allerdings nur 21,99%. Gegenüber den von öffentlichen Anstalten mit gemischten Bevölkerungsbezirken gefundenen Werten ist der Tannenhofer Durchschnittssatz etwas höher. Zum Beispiel fand *Eickholt* für Grafenberg 17%, *Baer* für Stephansfeld 16,8%, *Joachim* für dieselbe Anstalt neuerdings 13,5%, *Snell* für Hildesheim (1882 bis 1886) 19,1%. Für den ganzen Zeitraum von 1857 bis 1886 ergibt sich bei ihm sogar nur ein Durchschnittsprozentsatz von 15%. In der psychiatrischen Klinik zu Kiel ist der Durchschnittssatz für die männlichen Paralytiker nach *Süßmann* gar nur 9,9%. Immerhin ist in Anbetracht der Tatsache, daß in Tannenhof vorwiegend Patienten aus den mittleren und höheren Gesellschaftsschichten aufgenommen werden, bei denen sich ja die Paralyse verhältnismäßig häufig finden soll, der von mir gefundene Prozentsatz nicht allzu hoch. Fand doch *Hoppe* für Alt-Scherbitz, dessen Krankenmaterial, wie ich später noch zeigen werde, den sozialen Schichten und der Bevölkerung nach ziemlich ähnlich zusammengesetzt zu sein scheint, als Durchschnittssatz der männlichen Paralytiker 28,7%.

Was nun die Ergebnisse bei den Frauen anlangt, so ist die Abnahmetendenz innerhalb der drei Jahresperioden annähernd gleichmäßig. Diese Abnahme mit 0,66% bzw. 0,86%, zusammen also 1,52%, ist an sich nicht sehr hoch, in Anbetracht der überhaupt nur sehr geringen Prozentziffern aber relativ höher als bei den Männern.

Das ist gegenüber der in der Literatur gerade für die Frauen betonten starken Zunahme der Paralyse ziemlich auffallend. So behauptete *Mendel* 1898, daß die Zunahme der Paralyse beim weiblichen Geschlecht ganz evident sei; *Greidenberg* stellte sogar an seinem Material gegenüber einer Zunahme der männlichen Paralysen auf das Doppelte, eine solche bei den Frauen auf das Dreifache fest. *Raecke* konstatierte an dem Material der psychiatrischen Klinik zu Tübingen ein Anwachsen der relativen Aufnahmezahl der weiblichen Paralysen von 0,8% im Jahre 1895 auf 4,8% im Jahre 1901. Besonders soll sich die Zunahme der Paralyse bei den Frauen auch im Verhältnis zu den Männern zeigen. Beim Überblick über die Angaben der Literatur während der verschiedenen Jahrzehnte ist auch eine deutliche Änderung in diesen relativen Beziehungen ganz unverkennbar. Während *Neumann* [1]) 1859 das Vorkommen der Paralyse bei Frauen überhaupt noch leugnen konnte, scheint *Kornfeld* [2]) mit der gleichen Hypothese in den 70er Jahren schon ziemlich vereinzelt dazustehen. Nach *Obersteiner* bezifferte sich in den preußischen Anstalten Ende der 70er Jahre das Verhältnis der Männer- zur Frauenparalyse wie 8 : 1, in den englischen ebenfalls wie 8 : 1, in den nordamerikanischen

[1]) Zit. bei *Baer*.
[2]) Zit. bei *Mohr*.



wie 9 : 1. *Sioli*[1]) gab 1877 dies Verhältnis für die Berliner psychiatrische Klinik auf 7 : 1, *Fritsch*[2]) in einer Wiener Anstalt für 1876 bis 1878 auf 6 : 1 an. In den 80er und 90er Jahren wird dann ziemlich allgemein das Verhältnis 4—5 : 1 oder 3—4 : 1 gefunden. *Idanoff*[3]) gibt 1894 als durchschnittliche Verhältniszahl für Deutschland 1 : 3,8 an. Einige Autoren finden sogar noch ein bedeutend höheres Verhältnis, z. B. *Greidenberg* 2 : 1, *Joachim* neuerdings 2,45 : 1, *Junius* und *Arndt* gar 1,40 : 1, was allerdings auf das Konto der großstädtischen Bevölkerung zu setzen ist. All diesen Beobachtungen stehen nun also meine Resultate wieder in abweichendem Sinne gegenüber. Zunächst ist schon der sehr geringe Prozentanteil an sich auffallend, der mit 2,74 % von den Ergebnissen vieler anderer Autoren recht erheblich abweicht. Zum Beispiel fand *Wollenberg* für die Berliner psychiatrische Klinik einen durchschnittlichen Prozentsatz von 16,5 %, *Junius* und *Arndt* für Dalldorf 21,2 %; von andern Autoren mit nicht rein großstädtischem Krankenmaterial sei noch *Hoppe* mit 6,7 % und *Joachim* mit 5,5 % genannt.

Der Grund nun für diese geringe Beteiligung der Frauen an den Tannenhofer Paralysefällen mag in dem Charakter Tannenhofs als Privatanstalt liegen. Wie sich in dem entsprechenden Abschnitt meiner Arbeit noch zeigen wird, ist die unterste soziale Schicht im Tannenhofer Krankenmaterial nur in sehr geringem Maße vertreten, also gerade die Gesellschaftsklasse, in der nach den bisherigen Erfahrungen die weibliche Paralyse relativ die meiste Verbreitung hat. Das muß dann natürlich bei den Zahlen herabmindernd zum Ausdruck kommen. Bei den Männern macht sich dies Moment in umgekehrtem Sinne bemerkbar, so daß eine bezüglich der Frauen niedrige Verhältniszahl zwischen beiden Geschlechtern resultieren muß. Aus den Durchschnittszahlen von 20,30% bei den Männern und 2,74% bei den Frauen ergibt sich das Verhältnis 7,41 : 1.

Nach *Mendel* betrug Ende der 70er Jahre das Verhältnis der paralytischen Männer zu den paralytischen Frauen in den Privatanstalten Preußens 9,52 : 1, *Colovitch*[4]) rechnete für die französischen und deutschen Privatanstalten das Verhältnis 20 : 1 aus, nach *Erlenmeyer* und *Martini*[5]) kamen gar in Privatanstalten für wohlhabende und höhere Klassen auf 100 geisteskranke Männer 34 Paralytiker, dagegen auf 117 geisteskranke

[1]) Zit. bei *Wollenberg*.
[2]) Zit. bei *Wollenberg*.
[3]) Zit. bei *Baer*.
[4]) Zit. bei *Greidenberg*.
[5]) Zit. bei *Greidenberg*.



Frauen nur 1 Paralysefall, was einem Verhältnis von 40 : 1 entsprechen würde. Gegenüber diesen Ziffern würde das von mir gefundene Verhältnis ja eher noch zu hoch als zu niedrig sein, indessen muß man bedenken, daß es sich bei jenen Zahlen wohl in ganz überwiegendem Maße um Privatanstalten mit einem nur aus wohlhabenden und höheren Ständen stammenden Material gehandelt hat, während in Tannenhof auch z. B. Patienten aus Handwerkerkreisen in nicht ganz unbeträchtlicher Menge zur Aufnahme gelangen. Ferner stammen jene Zahlen schon aus ziemlich entfernten Zeiten, so daß sich seitdem auch in Privatanstalten die Verhältnisse vielleicht etwas geändert haben werden. Wie noch erwähnt sein mag, fand *Sprengeler* an der Göttinger psychiatrischen Klinik im Zeitraum von 1866 bis 1898, also bis in die neuere Zeit hineinreichend, ein fast ständiges Verhältnis von 7 : 1, obwohl an seiner Anstalt die unteren und untersten Schichten ein verhältnismäßig erheblich größeres Kontingent zu dem Krankenmaterial stellen als in Tannenhof. Doch steht diese Verhältniszahl unter den öffentlichen Anstalten ziemlich vereinzelt da.

Ich wies schon darauf hin, daß die Prozentzahlen der paralytischen Frauen in Tannenhof relativ mehr abgenommen haben als die der Männer. Dementsprechend muß auch das Verhältnis beider Geschlechter zueinander eine Abnahmetendenz zeigen. Es ergeben sich nun für die oben gegenübergestellten drei Jahrperioden folgende Verhältniszahlen:

1896 bis 1902	= 6,33 : 1
1903 bis 1908	= 7,51 : 1
1909 bis 1914	= 9,54 : 1
Durchschnitt	= 7,41 : 1.

Solche Verhältniszahlen können bei oberflächlicher Betrachtung eine Änderung in der Anzahl der weiblichen Paralysen vortäuschen, wo es sich in Wahrheit nur um eine solche der männlichen Paralysen handelt.

Das zeigt sich z. B. an den statistischen Untersuchungen über die Anstalt Stephansfeld von *Baer* und *Joachim*, wo der Prozentanteil der Frauen ziemlich konstant blieb, infolge der Abnahme der männlichen Paralytiker aber eine Verschiebung in den Verhältniszahlen im Sinne einer Erhöhung eintrat. Anderseits blieb bei dem Material von *Reinhard*-Friedrichsberg das Verhältnis ziemlich konstant, während in Wirklichkeit beide Geschlechter eine Zunahme der Paralysefälle aufwiesen. Eine direkte Abnahmetendenz der weiblichen Paralysen habe ich nun in der Literatur sehr selten gefunden. Das von *Siemerling* [1]) für die Jahre 1884,

[1]) Zit. bei *Wollenberg*.



1885 und 1886 konstatierte Abfallen des Prozentverhältnisses der weiblichen Paralysen zu den übrigen Geisteskranken konnte *Wollenberg* von 1887 an in derselben Anstalt (Berliner psychiatrische Klinik) nicht mehr feststellen. Aus den Ziffern von *Junius* und *Arndt* läßt sich allerdings eine geringe Abnahmetendenz herauslesen. Ich habe deren Ergebnisse wieder in drei Jahrperioden zusammengefaßt und dann die Prozentwerte dafür ausgerechnet. Es ergab sich folgendes:

1892/1893 bis 1895/96	= 22,17 %	*Junius* und *Arndt*.
1896/1897 bis 1898/99	= 20,86 %	
1899/1900 bis 1901/02	= 20,35 %	

Eine gewisse Abnahmetendenz zeigt sich also, immerhin ist sie nicht gleichmäßig und in Anbetracht der Höhe der Prozentziffern an sich nicht sehr erheblich. Aber eine Zunahme der weiblichen Paralysen kommt demnach für Dalldorf sicher nicht in Betracht. Allerdings handelt es sich ja bei *Junius* und *Arndt* um ein fast nur aus den mittleren und unteren Kreisen stammendes Krankenmaterial, es könnte also in den höheren Kreisen Berlins trotzdem noch eine Zunahme der weiblichen Paralysen stattgefunden haben. Daß eine solche aristokratische Tendenz bei der Paralyse der Frauen besteht, ist ja von manchen Autoren (z. B. *Greidenberg*, *Mohr*) behauptet worden. Immerhin ist es da beachtenswert, daß sich auch in Anstalten wie Tannenhof, wo die sogenannten besseren Stände verhältnismäßig mehr zur Aufnahme gelangen, eine solche Zunahme neuerdings nicht findet. Keine Zunahme der weiblichen Paralysen konnten ferner konstatieren: *Kaes* für Hamburg, *Berg* und *Mohr* für Bonn, *Baer* für Stephansfeld. Ich will hier auch noch die Zahlen von *Süßmann* wiedergeben, der, wie oben schon erwähnt, aus seinen Ergebnissen den Schluß ziehen zu müssen meinte, daß die Paralysen an der Kieler psychiatrischen Klinik eine Zunahmetendenz zeigten. Er fand folgende Prozentwerte:

1901 (letztes Quartal) + 1902		1903	1904	1905	1906	1907	1908
Frauen	4,5	4,6	5,6	6,1	3,3	3,6	5,2
Verhältnis der Geschlechter	1 : 4,8	1 : 3,7	1 : 3,4	1 : 2,9	1 : 5,7	1 : 3,8	1 : 2,7

Das Richtigste wäre wohl, hier weder von einer Zunahme noch von einer Abnahme zu sprechen im Laufe der Jahre, denn wenn man die Beobachtungszeit in zwei Jahrperioden teilte und diese miteinander vergliche, so würde, je nachdem man das Ergebnis von 1905 (6,1 %) der ersten oder zweiten Periode zuteilte, der höhere Wert der ersten oder zweiten Gruppe zufallen. Schaltet man das Jahr 1905 ganz aus, so würde sich sogar eine Abnahme der weiblichen Paralysen in der zweiten Periode ergeben. Das Verhältnis der Geschlechter zueinander zeigt auch keine reine steigende Tendenz, zudem ist es nicht aus dem Vergleich der Prozentwerte, sondern aus dem der absoluten Zahlen gewonnen, so daß auf eine relative Zu- oder Abnahme nicht geschlossen werden kann. Auch *Joachim*

konnte für Elsaß-Lothringen eine faktische Zunahme der weiblichen Paralysen nicht feststellen. Er führt das darauf zurück, daß die weiblichen Bewohner Elsaß-Lothringens noch nicht, wie anderswo, der Industrialisierung verfallen seien. Wenn diese Begründung richtig wäre, müßte sich also in Großstädten und in sonstigen Gebieten mit viel Industrie, wie z. B. in der Rheinprovinz, auch jetzt noch eine Zunahme der weiblichen Paralysen besonders bemerkbar machen. Für Dalldorf, dessen relative Zahl der Frauenparalysen ja an sich sehr hoch ist, läßt sich eine Zunahme, wie gezeigt, nicht mehr konstatieren. Und auch für die Rheinprovinz kann ich eine derartige Tendenz nicht feststellen, wenn ich aus meiner erwähnten Statistik über die rheinischen Provinzialanstalten einen Schluß ziehen darf. Daß das mächtige Aufblühen der Industrie in den letzten 4 bis 5 Jahrzehnten und das Umsichgreifen des Ladenmädchenberufs mit der beobachteten Zunahme in der Paralysemorbidität der Frauen in Zusammenhang gestanden hat, ist wohl sicher. Aus den Dalldorfer Ergebnissen und den Zahlen für die Rheinlande scheint aber hervorzugehen, daß dies Moment nicht mehr in gleich steigendem Maße wirksam ist wie früher. Vielleicht mag das damit zusammenhängen, daß die Progressivität in der Ausbreitung der Industrie und speziell der Warenhäuser im Laufe der Jahre geringer geworden ist als in der Zeit des ersten Aufblühens. Jedoch fehlen mir für diese Mutmaßung die statistischen Unterlagen. Im übrigen kann man für einen etwaigen Stillstand in der Zunahmetendenz der weiblichen Paralysen analoge Gründe wie bei den Männern heranziehen. Bezüglich der Ansicht, es handle sich bei der beobachteten Zunahme der Paralysefälle bis zu einem gewissen Grade um eine Folge der fortgeschrittenen Diagnostik, mag bemerkt werden, daß diese Annahme noch mehr für die Frauen paßt als für die Männer, insofern der bedeutend ruhigere Verlauf der Krankheit bei den Frauen die Diagnose früher in noch höherem Maße erschwert haben wird.

Zur Ergänzung dieses Kapitels will ich nun noch meine Statistik über die Paralyseaufnahmen bei den rheinischen Provinzialanstalten anfügen. Wie ich bereits oben bemerkte, habe ich die Zahlen aus den Jahresberichten des Provinzialausschusses für die Rheinprovinz gewonnen, so daß wohl auch die diagnostisch zweifelhaften Fälle mit einbegriffen sind. Ebenso werden darunter auch die Fälle mehrfach aufgeführt sein, die im Laufe der Zeit wiederholt zur Aufnahme gelangt sind.

Was mein Vorgehen bei der Aufstellung der Statistik anlangt, so sei bemerkt, daß ich die erst in den beiden letzten Jahrgängen der Berichte erscheinende Anstalt Bedburg nicht berücksichtigt habe, da das Krankenmaterial so kurze Zeit nach der Gründung doch noch kein richtiges Bild von den tatsächlichen Verhältnissen geben konnte, zumal es zunächst aus



dem Überschuß der andern Provinzialanstalten gebildet sein wird. Ferner habe ich auch die nur ganz vorübergehend in den Jahresberichten aufgeführten Anstalten Brauweiler, Cöln-Lindental und Aachen nicht in meine Berechnungen mit einbezogen, da sie wegen der Kürze der Zeit keine Vergleichsmöglichkeit boten, und sie außerdem nur Männer aufnahmen. Ihre Zahlen waren zudem so klein, daß ihr Fehlen an dem Gesamtresultat nichts ändern kann.

Die bearbeitete Zeit umfaßt die Jahrgänge von 1896/97 bis 1912/13, also ungefähr denselben Zeitraum, auf den sich die Tannenhofer Untersuchungen beziehen.

Wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich ist, habe ich nur die Prozentwerte wiedergegeben, die ich mir nach den Zahlenangaben der Jahresberichte ausgerechnet habe. Für die Richtigkeit der Prozentzahlen — abgesehen von vielleicht hin und wieder vorgekommenen unbedeutenden Rechenfehlern — verbürge ich mich natürlich. Auf der Tabelle sind also die jährlichen Prozentziffern der einzelnen Anstalten für die männlichen und weiblichen Paralytiker sowie für beide Geschlechter zusammen angegeben. In den letzten vier Rubriken finden sich die Prozentwerte für die Summe der Paralytikeraufnahmen aus allen Anstalten sowie das Gesamtverhältnis der Geschlechter zueinander.

Eine allgemeine Betrachtung der Tafel zeigt, daß die in Tannenhof und in andern Statistiken gefundenen Schwankungen auch hier sich geltend machen. Die Schwankungsrichtung ist bei den verschiedenen Anstalten oft nicht die gleiche, so daß ein gewisser Ausgleich die Folge ist, der seinen Ausdruck in den weniger stark ausgesprochenen Schwankungen der Gesamtzahlen findet. Die für Tannenhof beobachtete umgekehrte Schwankungsrichtung der Paralyseaufnahmen bei den beiden Geschlechtern zeigt sich hier nicht. Auffallend hoch ist fast durchweg das Verhältnis der beiden Geschlechter zueinander.

Es bietet sich mir eine Vergleichsmöglichkeit bei der Anstalt Bonn, über deren Paralysematerial in den vergangenen Jahrzehnten Arbeiten von *Berg* und *Mohr* erschienen sind. *Berg* behandelt den Zeitraum von 1882 bis 1890 und *Mohr* denjenigen von 1891 bis 1900. Ersterer fand nun eine Verhältniszahl der beiden Geschlechter von 5,4 : 1, letzterer von 4,8 : 1, während die von mir für Bonn gefundene Zahl 2,43 : 1 beträgt. Diese starke Differenz wird wohl zum Teil dadurch bedingt sein, daß jene Autoren aus ihrem Untersuchungsmaterial die zweifelhaften Fälle ausgeschieden haben. Da bei dem weniger markanten Verlauf der Paralyse bei Frauen die Schwierigkeit meist größer ist, eine sichere Diagnose zu stellen, werden bei den Frauen wohl oft relativ mehr Paralysefälle als zweifelhaft ausgeschieden werden als bei den Männern. Die Folge muß dann ein bezüglich



Jahrgänge	Andernach %			Bonn %			Düren %			Grafenberg %		
	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.
1896/97 ……	10,40	4,49	7,94	21,23	4,98	13,32	14,60	6,25	10,57	20,22	11,06	16,19
1897/98 ……	13,91	6,32	10,48	13,97	10,43	12,20	12,12	6,05	8,90	23,23	10,79	17,17
1898/99 ……	8,79	5,06	7,06	11,35	6,73	9,15	16,67	10,77	13,67	15,53	8,57	12,52
1899/00 ……	7,87	1,18	5,19	12,80	3,95	9,22	12,27	7,25	9,97	13,02	6,64	10,40
1900/01 ……	13,51	1,72	7,49	12,35	1,90	7,49	19,76	8,51	14,61	16,10	8,20	12,61
1901/02 ……	8,94	4,67	6,96	11,11	1,56	6,81	12,82	10,46	11,78	15,17	8,68	12,40
1902/03 ……	3,70	3,60	3,66	8,27	2,84	5,93	10,06	13,01	11,26	12,94	7,26	10,55
1903/04 ……	6,88	—	4,12	12,79	4,12	9,37	13,26	6,21	10,08	18,68	9,31	14,99
1904/05 ……	12,06	3,97	8,24	7,99	3,79	6,30	14,79	6,17	10,89	11,73	7,55	10,07
1905/06 ……	13,08	1,02	7,89	6,98	2,82	5,28	11,17	4,70	8,54	16,03	4,26	11,29
1906/07 ……	10,98	1,74	7,29	9,97	2,94	7,09	6,25	1,63	3,98	12,33	5,56	9,92
1907/08 ……	8,24	—	4,50	10,98	3,31	8,21	7,64	3,16	5,95	12,97	6,92	10,69
1908/09 ……	4,38	1,89	3,04	11,79	5,07	9,08	6,71	1,56	4,45	14,00	5,41	10,51
1909/10 ……	7,94	1,37	4,82	12,74	8,57	10,94	6,04	4,35	5,30	13,80	4,92	10,31
1910/11 ……	5,68	1,52	3,66	13,15	6,27	10,14	6,49	5,04	5,86	12,90	4,63	9,40
1911/12 ……	9,45	4,03	6,52	14,62	6,42	11,04	10,45	3,60	7,35	10,79	3,36	7,79
1912/13 ……	13,19	3,27	8,08	12,95	5,45	9,72	4,42	1,65	2,99	14,40	4,06	10,78
Durchschnitt .	9,24	2,59	6,18	11,84	4,88	8,96	11,13	6,06	8,81	14,55	6,68	11,35
Verhältnis der Geschlechter	3,57 : 1			2,43 : 1			1,84 : 1			2,11 : 1		

der Frauen geringeres Prozentverhältnis der beiden Geschlechter sein. Zum Teil ist aber für die erwähnte Differenz die Abnahme der männlichen Paralyseziffern verantwortlich zu machen. Während *Berg* ein Prozentverhältnis der männlichen Paralytiker zu den Gesamtaufnahmen der männlichen Geisteskranken von 14,34, *Mohr* ein solches von 13,8 feststellte, beträgt die von mir für Bonn gefundene Durchschnittszahl nur 11,84. Das muß natürlich einen erhöhenden Einfluß auf die Verhältniszahl für beide Geschlechter ausüben. Mit solcher Differenz in den Ergebnissen ist nun einer Statistik, wie der vorliegenden, die alle, auch die zweifelhaften, Fälle in ihre Berechnungen mit einbezieht, nicht gleich das Urteil gesprochen. Die hier z. B. festgestellte Verminderung des Prozentsatzes der männlichen Paralytiker in Bonn wird durch die Tatsache, daß auch die zweifelhaften Fälle mitgerechnet sind, noch mehr bekräftigt. Wenn eine Zunahme der Paralyse stattgefunden hätte, so müßte sie gegenüber den aus nur sicheren Fällen gewonnenen Ergebnissen noch stärker in Erscheinung treten. Fehler werden sich bei beiden Verfahren geltend machen, indem bei dem einen zu viel und bei dem andern zu wenig Fälle der Paralyse zugerechnet werden. Wenn auch das letztere Verfahren den

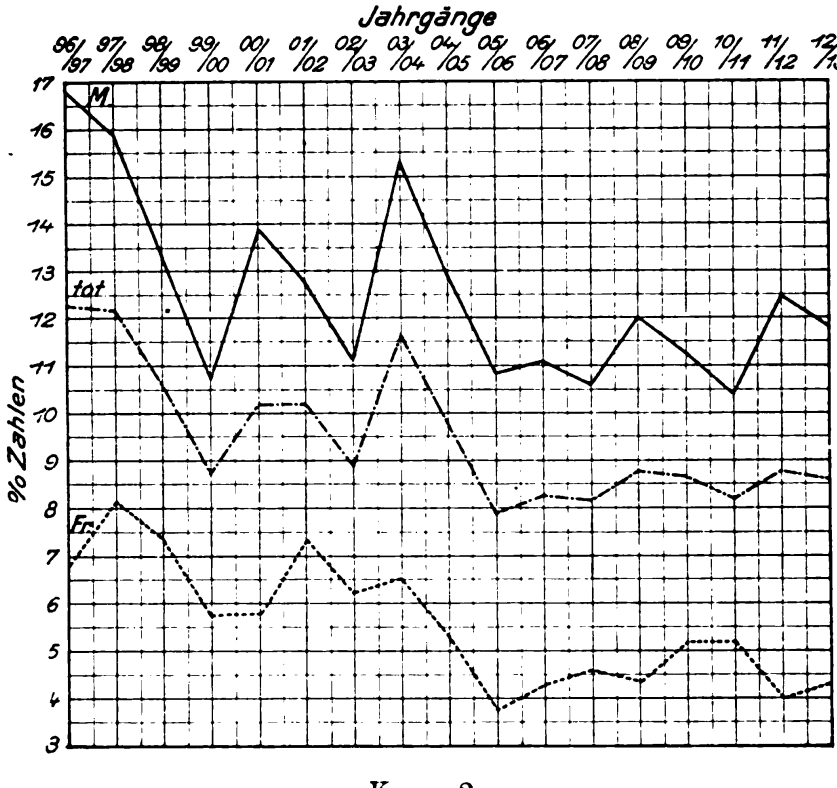
Merzig %			Galkhausen %			Johannistal %			Gesamtresultate %			Prozentverhältnis der Geschlechter
M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	
10,08	3,57	7,39	.	.	.	.	.	.	16,78	6,82	12,27	2,46 : 1
10,00	—	5,94	.	.	.	.	.	.	15,88	8,16	12,14	1,95 : 1
11,11	2,35	7,25	.	.	.	.	.	.	13,36	7,36	10,60	1,82 : 1
3,87	6,93	4,96	9,52	8,57	9,14	.	.	.	10,80	5,71	8,73	1,89 : 1
7,69	3,96	6,23	11,88	9,23	10,69	.	.	.	13,88	5,76	10,21	2,41 : 1
9,77	5,19	7,32	14,17	11,21	12,76	.	.	.	12,74	7,34	10,26	1,74 : 1
9,21	4,20	6,78	17,24	6,90	12,72	.	.	.	11,08	6,16	8,93	1,80 : 1
11,41	0,78	7,03	23,71	12,31	18,50	.	.	.	15,32	6,49	11,60	2,36 : 1
9,41	2,33	6,35	18,62	6,14	13,45	.	.	.	12,89	5,28	9,72	2,44 : 1
10,61	2,73	7,61	16,79	5,53	11,81	4,68	3,45	4,33	10,83	3,72	7,90	2,91 : 1
10,16	4,41	7,74	17,54	7,83	13,20	7,57	3,42	5,78	11,12	4,26	8,28	2,61 : 1
7,74	4,76	6,46	12,22	7,62	10,36	8,81	3,36	6,38	10,56	4,55	8,15	2,32 : 1
8,42	3,90	6,74	20,94	4,69	14,45	8,79	5,12	7,41	11,94	4,32	8,77	2,76 : 1
8,81	3,55	6,32	19,32	7,05	13,81	5,19	3,44	4,48	11,27	5,17	8,64	2,18 : 1
7,96	3,50	6,10	16,61	9,70	13,39	5,52	3,19	4,51	10,38	5,20	8,19	2,00 : 1
13,93	1,15	8,00	22,08	7,17	15,49	4,38	0,84	2,85	12,48	3,96	8,76	3,15 : 1
9,59	3,05	6,79	13,78	6,12	10,17	8,46	3,85	6,68	11,86	4,29	8,63	2,76 : 1
9,32	3,40	6,76	17,26	7,71	13,05	6,56	3,31	5,22	12,18	5,30	9,23	2,30 : 1
2,74 : 1			2,24 : 1			1,98 : 1			2,30 : 1			~

Vorzug verdient, so wird sich doch wohl bei einem Vergleich zwischen verschiedenen Zeiträumen auch bei dem hier geübten Verfahren, zumal es sich um ein nicht unbeträchtliches Material handelt, ein einigermaßen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild ergeben. Die einzelnen Zahlen sollen und können natürlich keinen absoluten Wert beanspruchen.

Um die Prüfung einer Zu- oder Abnahmetendenz der Paralytikeraufnahmen zu erleichtern, will ich umstehend zunächst eine Kurventafel einfügen, die die Verhältnisse der Gesamtergebnisse aus allen Anstalten zur Darstellung bringt.

Die oberste Kurvenlinie verbildlicht wiederum die Zahlenverhältnisse der männlichen Paralysen, die mittlere die für beide Geschlechter zusammen, während die unterste die Verhältnisse bei den Frauen zeigt. Was bei Betrachtung der Kurven sofort in die Augen fällt, ist der deutliche Parallelismus, der zwischen ihnen besteht. Wenn auch die Gipfel- und Tiefpunkte bei Männern und Frauen nicht immer in

dasselbe Jahr fallen, so treten doch die dem Verlauf der Männerkurve entsprechenden Höhen und Tiefen bei den Frauen dann regelmäßig im folgenden Jahre auf. Es scheint also diesen Schwankungen eine gewisse Gesetzmäßigkeit innezuwohnen, so daß man hier vielleicht an die von *Mohr* erwähnten Schwankungen national-sozialökonomischer



Kurve 2.

Art denken könnte. Bezüglich der Tendenz der Kurven ist zu sagen, daß sie trotz der Schwankungen einen deutlich abfallenden Verlauf zeigen, wie es auch die Zahlenverhältnisse beim Vergleich größerer Zeiträume noch bestätigen werden. Auf den folgenden Tafeln habe ich die Ergebnisse der einzelnen Anstalten zu mehreren Jahrperioden zusammengefaßt:

Jahrperioden	Andernach %			Bonn %			Düren %			Grafenberg %			Merzig %		
	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.
1896/97 bis 1901/02	10,55	3,85	7,52	13,63	5,04	9,66	14,67	8,22	11,60	16,75	8,90	13,31	8,32	3,95	6,40
1902/03 bis 1907/08	9,13	1,86	5,91	9,54	3,27	7,03	10,92	5,90	8,71	14,20	6,73	11,24	9,81	3,23	7,00
1908/09 bis 1912/13	8,11	2,44	5,23	13,00	6,37	10,49	6,86	3,20	5,20	13,18	4,48	9,74	9,61	2,96	6,76
Durchschnitt	9,24	2,59	6,18	11,84	4,88	8,96	11,13	6,06	8,81	14,55	6,68	11,35	9,32	3,40	6,76

Jahrperioden	Galkhausen %			Jahrperioden	Johannistal %		
	M.	Fr.	tot.		M.	Fr.	tot.
1899/1900 bis 1903/04 ...	16,30	9,88	13,41	—	—	—	—
1904/05 bis 1908/09 ...	17,30	6,36	12,72	1905/06 bis 1908/09	7,22	3,79	5,82
1909/10 bis 1912/13 ...	18,04	7,45	13,17	1909/10 bis 1912/13	5,87	2,82	4,61
Durchschnitt	17,26	7,71	13,05	Durchschnitt	6,56	3,31	5,22

Da ich *Galkhausen* und *Johannistal* wegen der kürzeren Beobachtungszeit in andere Jahrperioden einteilen mußte, habe ich sie in eine besondere Tabelle gebracht. Im übrigen kann ich es mir wohl versagen, auf die Ergebnisse der einzelnen Anstalten besonders einzugehen, da ja die Zahlen für sich selbst sprechen. Nur so viel sei zusammenfassend gesagt, daß sich eine Abnahmetendenz der männlichen Paralysen, wenn auch bei der Mehrzahl, so doch nicht bei allen Anstalten findet; z. B. macht sich bei *Galkhausen* sogar eine gleichmäßige Zunahme bemerkbar. Dahingegen zeigt sich bei den weiblichen Paralysen in allen Anstalten eine gewisse Abnahmetendenz. In der folgenden Tabelle habe ich die für die verschiedenen Jahrperioden sich ergebenden Werte des Verhältnisses beider Geschlechter zueinander wiedergegeben.



Perioden	Andernach	Bonn	Düren	Grafenberg	Merzig	Galkhausen	Johannistal
I.	2,74: 1	2,70: 1	1,78: 0	1,88: 1	2,11: 1	1,65: 1	1,91: 1
II.	4,91: 1	2,92: 1	1,85: 1	2,11: 1	3,04: 1	2,72: 1	2,09: 1
III.	3,32: 1	2,04: 1	2,14: 1	2,94: 1	3,25: 1	2,42: 1	—
Durchschnitt	3,57: 1	2,43: 1	1,84: 1	2,11: 1	2,74: 1	2,24: 1	1,98: 1

Der Zeitraum der einzelnen Perioden ergibt sich aus den vorigen Tabellen. Abgesehen von Bonn, wo sich von der zweiten zur dritten Periode eine Erhöhung des Verhältniswertes bezüglich der Frauen zeigt, macht sich in allen Anstalten eine Abnahmetendenz bemerkbar. Endlich will ich nun noch die Gesamtergebnisse aus allen Anstalten zu drei Jahrperioden zusammenfassen und sie auf ihre Abnahmetendenz untersuchen. Die folgende Tafel gibt über die betreffenden Verhältnisse Aufschluß:

Rheinische Provinzialanstalten.

Jahrperioden	Gesamtaufnahmen			Paralysen			Prozentanteil der Paralysen			Prozentverhältnis der Geschlechter
	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	
1896/97 bis 1901/02 ...	6347	5214	11561	864	356	1220	13,61	6,83	10,55	1,99 : 1
1902/03 bis 1907/08 ...	10246	7286	17532	1210	360	1570	11,81	4,94	8,96	2,39 : 1
1908/09 bis 1912/13 ...	9860	7395	17255	1145	338	1483	11,61	4,57	8,59	2,54 : 1
Summa	26453	19895	46348	3219	1054	4273	12,18	5,30	9,23	2,30 : 1

Um eine Vorstellung von den zugrunde liegenden Zahlen zu geben, habe ich sie diesmal mit angeführt. Es zeigt sich, daß die Gesamtaufnahmen aller Geisteskranken in der zweiten Periode ganz erheblich zugenommen haben, womit die Paralyseaufnahmen nicht gleichen Schritt halten, so daß ein Absinken des Prozentverhältnisses der männlichen Paralysen um 1,80 Prozenteinheiten, der weiblichen um 1,89 Prozenteinheiten die Folge ist. In der dritten Periode geht die Zahl der Aufnahmen sämtlicher Geisteskranken wieder etwas zurück, die der Paralysen ebenfalls, jedoch in etwas stärkerem Grade, so daß ein



weiteres, aber nicht sehr erhebliches Absinken der Prozentwerte stattfindet. Die starke Zunahme aller Geisteskranken in der zweiten Periode ist nun zum großen Teil auf die Eröffnung der Anstalt Johannistal zurückzuführen. Man könnte also bei dem gerade in der zweiten Periode überwiegend in Erscheinung tretenden Absinken des Prozentanteils der Paralytiker an den *Kraepelin*schen Einwand denken, daß ein erleichtertes Zuströmen der Geisteskranken eventuell eine Verminderung des Prozentanteils der Paralytiker herbeiführen kann. Um dies zu prüfen, habe ich noch eine besondere Berechnung für die älteren Provinzialanstalten ohne *Galkhausen* und *Johannistal* angestellt, wie folgende Tafel zeigt:

Provinzialanstalten ohne Galkhausen und Johannistal.

Jahrperioden	Gesamtaufnahmen			Paralysen			Prozentanteil der Paralysen			Prozentverhältnis der Geschlechter
	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	
1896/97 bis 1901/02 ...	5828	4782	10610	799	312	1111	13,71	6,52	10,47	2,10 : 1
1902/03 bis 1907/08 ...	7443	5192	12635	833	233	1066	11,19	4,49	8,44	2,49 : 1
1908/09 bis 1912/13 ...	6618	5001	11519	751	215	966	11,35	4,30	8,39	2,64 : 1

In dieser Berechnung sind also nur die Anstalten berücksichtigt, die von Anfang an in meiner Statistik vertreten sind, also Andernach, Bonn, Düren, Grafenberg und Merzig. Die Aufnahmen aller Geisteskranken zeigen auch hier eine stärkere Vermehrung in der zweiten Periode, aber bei weitem nicht in so erheblichem Maße wie in der Statistik für alle Anstalten, während in der dritten Periode ebenfalls ein Rückgang in Erscheinung tritt. Der Prozentanteil der Paralysen aber verhält sich sehr ähnlich wie in der vollständigen Statistik. Seine Verminderung ist bei den Männern sogar noch stärker in der zweiten Periode als dort, nur in der dritten Periode ist das geringfügige Absinken in der vollständigen Statistik einer noch geringeren Vermehrung gewichen. Bei den Frauen sind die Verhältnisse fast genau gleich, und auch das Verhältnis der Geschlechter weist in den relativen Beziehungen der drei Jahrperioden keine wesentliche Änderung auf. Das erleichterte Zuströmen der Geisteskranken ist demnach für die Ver-

ringerung des Prozentanteils der Paralytiker nicht verantwortlich zu machen. Ob das unverhältnismäßige Anwachsen besonderer Gruppen von Geisteskranken (z. B. Alkoholiker) als Ursache mit in Frage kommt, konnte ich bei dieser Statistik nicht mehr berücksichtigen. Angesichts der Berechnungen von *Junius* und *Arndt*, die, wie schon erwähnt, auch im Verhältnis zur Bevölkerung ein Absinken des relativen Anteils der Paralytiker fanden, und meinen Tannenhofer Erfahrungen scheint mir das jedoch fraglich. Zum Schluß will ich nun noch die Gesamtergebnisse der vollständigen Statistik zu zwei gleichgroßen Jahrperioden (von 9 Jahren) zusammenfassen und sie mit den Resultaten Tannenhofs in entsprechenden Zeiträumen vergleichen:

	Tannenhof		Rheinprovinz	
	M.	Fr.	M.	Fr.
erste Periode	22,05 %	3,44 %	13,42 %	6,49 %
zweite Periode	18,98 %	2,05 %	11,32 %	4,43 %
Differenz	3,07 %	1,39 %	2,10 %	2,06 %

Die relative Abnahme der Paralysen, d. h. im Verhältnis zur Höhe der Prozentziffern, ist demnach in Tannenhof der Abnahme in den Provinzialanstalten fast genau gleich. Ziehe ich nun das Fazit aus diesen Ergebnissen, so kann ich behaupten, daß die Paralyse in den letzten beiden Jahrzehnten weder bei Männern noch bei Frauen in Tannenhof und in den rheinischen Provinzialanstalten eine Neigung zur größeren Ausbreitung gezeigt hat, vielmehr ist eine, wenn auch nicht erhebliche, so doch deutliche Abnahmetendenz zu konstatieren.

II. Hinsichtlich der Berufs- und Standesverhältnisse der Tannenhofer Geisteskranken habe ich schon erwähnt, daß die mittleren und höheren sozialen Schichten in überwiegendem Maße vertreten sind. Das muß dann natürlich auch bei den Paralytikern zum Ausdruck kommen:

1. höhere Beamte, Gelehrte = 21 = 7,9 %
2. Offiziere = 7 = 2,6 %
3. Fabrikanten, Ingenieure = 23 = 8,6 %
4. Kaufleute = 97 = 36,3 %
5. mittlere Beamte, Schreiber, Seminarlehrer = 40 = 15,0 %
6. Gastwirte, Kellner, Branntweinbrenner = 11 = 4,1 %
7. Handwerker, Gewerbetreibende = 53 = 19,9 %
8. Arbeiter, Diener, Unterbeamte = 11 = 4,1 %
9. Sonstige = 4 = 1,5 %

Wie aus dieser Aufstellung hervorgeht, sind die Kaufleute mit 36,3% aller Paralytiker (Männer) bei weitem überwiegend. Die nächsthöchste Gruppe wird durch die Handwerker und Gewerbetreibenden dargestellt, worauf die der mittleren Beamten usw. folgt. Am kleinsten ist, von Nr. 9 abgesehen, die Gruppe der Offiziere, was nicht erstaunlich ist in Anbetracht der zur Masse der Bevölkerung verhältnismäßig geringen Zahl der Vertreter dieses Berufes. Auch sind in der obigen Tabelle bei den übrigen Ständen meist mehrere Berufe zu einer Gruppe zusammengefaßt, was natürlich die Entstehung größerer Ziffern begünstigt. Auffallend ist, daß der landwirtschaftliche Beruf sich überhaupt nicht unter den Tannenhofer Paralytikern findet. Das entspricht ja allerdings der Erfahrungstatsache der relativ seltenen Paralysemorbidität der ländlichen Bevölkerung, auch ist ja in unseren Gegenden der landwirtschaftliche Beruf zugunsten der Industrie mehr zurückgedrängt als anderswo, aber das gänzliche Fehlen eines Landwirts oder eines landwirtschaftlichen Arbeiters unter 267 Paralytikern und während eines Zeitraums von 18 Jahren ist doch merkwürdig.

Bei entsprechender Zusammensetzung der das Krankenmaterial liefernden Bevölkerung können sich natürlich auch recht hohe Beteiligungsziffern für die Landwirtschaft ergeben, wie die Zahlen von *Kundt*-Deggendorf und *Müller*-Gabersee beweisen, von denen der erstere unter 193 Paralytikern 73 Landleute = 37,8% fand, der letztere unter 77 Paralytikern 24 jenes Berufes feststellte = 31,2%. *Sprengeler* konstatierte dagegen unter 295 Paralytikern der Göttinger psychiatrischen Klinik nur eine Zahl von 7 Landleuten, also 2,34%, und unter 427 männlichen Paralytikern der Anstalt Alt-Scherbitz waren nach *Hoppe* nur 26 Landwirte bzw. landwirtschaftliche Arbeiter = 6,1%. Da die von *Hoppe* angegebenen Zahlen eine gewisse Ähnlichkeit mit den Tannenhofer Ziffern zeigen, setze ich sie zum Vergleich hierher:

Alt-Scherbitz (1876 bis 1893)

Gelehrte, höhere Beamte, freie Berufe	7,0%
sonstige Beamte	12,3%
Offiziere	2,3%
niedere Militärs	1,6%
Kaufleute	20,1%
Handwerker	22,5%
Landwirte, landwirtschaftliche Arbeiter usw.	6,1%
Wirte, Kellner, Brauer	4,9%
Summa	76,8%.

Die Übereinstimmung ist bemerkenswert, und sie wird noch größer, wenn ich die Gruppe der niederen Militärs zu den „sonstigen Beamten“



hinzurechne, die ja zum nicht geringen Teil aus dem Unteroffizierstände hervorgehen. Eine größere Verschiedenheit ergibt sich nur aus der Gruppe der Kaufleute, die hier zwar auch neben der Handwerkerklasse vorherrschend ist, aber doch bei weitem nicht in so starkem Maße wie in Tannenhof. Der Grund hierfür ist wohl in der größeren Ausbreitung von Handel und Industrie in unserer Gegend, zum Teil auch in dem Charakter von Alt-Scherbitz als öffentlicher Irrenanstalt, zu suchen. Ein Teil der besser situierten Kaufleute wird eben Privatanstalten aufsuchen. Die landwirtschaftliche Gruppe in Alt-Scherbitz entspricht in ihrer Höhe ungefähr der industriellen Gruppe (Fabrikanten und Ingenieure), die ich entsprechend dem industriellen Charakter des Landes besonders aufstellen konnte. Allerdings befinden sich unter dieser Kategorie keine Industriearbeiter, die bei mir in Gruppe VIII aufgeführt sind. Ihre Zahl war überhaupt sehr gering, im ganzen nur 2. In der obigen Aufstellung von *Hoppe* sind nun nur annähernd ¾ seines Paralytikermaterials berücksichtigt, die übrigen 23,2 % gehören also wohl der Arbeiterklasse an, was er zwar nicht besonders erwähnt, jedoch aus seiner weiteren Darstellung hervorzugehen scheint. Daß sich in dieser Beziehung das Alt-Scherbitzer Krankenmaterial vom Tannenhofer unterscheidet, ist bei dem verschiedenen Charakter der beiden Anstalten nicht verwunderlich. Die im übrigen bestehende Übereinstimmung wird wohl auf die insofern ähnliche Zusammensetzung der für beide Anstalten in Betracht kommenden Bevölkerung zurückzuführen sein, als es sich in beiden Fällen um gemischte Bezirke handelt, d. h. Großstadt-, Kleinstadt- und Landbevölkerung. — Wie noch kurz erwähnt sein mag, besagt das Fehlen eines katholischen Geistlichen unter den Tannenhofer Paralytikern nichts, da unsere Patienten, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, evangelischer Konfession sind. Jedoch mag darauf hingewiesen werden, daß auch keine evangelischen Geistlichen, die unter den übrigen Tannenhofer Geisteskranken mehrfach vertreten sind, unter den Paralytikern waren.

Es wäre nun zu prüfen, ob sich in Tannenhof Änderungen im Laufe der Jahre hinsichtlich der Beteiligung der einzelnen Berufsgruppen geltend gemacht haben. Zu diesem Zweck will ich zwei Perioden von je 9 Jahren einander gegenüberstellen:

	1897 bis 1905	1906 bis 1914
1. Gelehrte, höhere Beamte	7,1 %	8,6 %
2. Offiziere	3,1 %	2,2 %
3. Fabrikanten, Ingenieure	8,7 %	8,6 %
4. Kaufleute	35,4 %	37,1 %
5. mittlere Beamte usw.	11,0 %	18,6 %
6. Gastwirte usw.	6,3 %	2,1 %
7. Handwerker, Gewerbetreibende	21,3 %	18,6 %
8. Arbeiter usw.	4,7 %	3,6 %



Eine erheblichere Änderung, und zwar im Sinne einer Zunahme, zeigt sich nur bei der Gruppe der mittleren Beamten usw. Vielleicht ist hierfür eine relative Vergrößerung der Beamtenzahl innerhalb der Bevölkerung verantwortlich zu machen, z. B. infolge des Ausbaus der sozialen Fürsorge. Außerdem könnte man vielleicht daran denken, daß die im Laufe der letzten Jahrzehnte immer stärker sich geltend machende allgemeine Teuerung, mit der die Einkünfte besonders der mittleren Beamten nicht gleichen Schritt hielten, eine gewisse Rolle dabei gespielt hat. Immerhin kann das nur eine ungewisse Vermutung bleiben.

Vergleichende Zusammenstellungen hinsichtlich etwaiger Änderungen in der Beteiligung der einzelnen Berufsgruppen an der Paralyse im Laufe der Jahre finden sich auch in der Arbeit von *Joachim*. Für Stephansfeld ergibt sich da gegenüber dem Zeitraum von 1872 bis 1900 in der Zeit von 1900 bis 1910 ein Absinken der prozentualen Beteiligung der höheren und mittleren Stände, während sich besonders bei der Arbeiterschaft eine verhältnismäßig bedeutende Zunahme bemerkbar macht. Merkwürdigerweise zeigen die Zahlen der Straßburger Klinik, die *Joachim* für zwei Zeiträume (1894 bis 1900 und 1900 bis 1910) wiedergibt, fast genau die umgekehrte Tendenz. *Joachim* erklärt das mit der besonderen Lage und den Aufnahmeverhältnissen der Straßburger Klinik.

Daß sich an dem Tannenhofer Paralytikermaterial keine Abwanderung in die niederen Klassen zeigt, wird noch deutlicher, wenn ich die Paralytiker den sozialen Schichten nach in zwei große Gruppen, eine höhere und eine niedere, teile und diese auf Änderungen im Laufe der Jahre hin prüfe. Zu Klasse I habe ich Gruppe I—V, zu Klasse II Gruppe VI—VIII gerechnet. Wenn auch einige Fälle der drei letzten Gruppen hinsichtlich ihrer Lebenslage vielleicht eher zu der ersten Kategorie zu zählen wären, so wird doch im großen und ganzen diese Gegenüberstellung das Richtige treffen:

	1897 bis 1905	1906 bis 1914
Klasse I	65,3%	75,1%
Klasse II	32,3%	24,3%.

Die Gruppe „Sonstige“ habe ich hier ausgeschaltet, was die Tatsache erklärt, daß in der ersten Jahrperiode die Summe der Prozentwerte = 97,6 ist, in der zweiten aber = 99,4. Es zeigt sich bei Betrachtung der obigen Gegenüberstellung, daß Klasse I in der zweiten Jahrperiode eine Zunahme um nahezu 10 Prozenteinheiten erfahren

hat, Klasse II dagegen eine Abnahme von 8 Prozenteinheiten. Eine zunehmende Demokratisierung der Paralyse hat sich demnach in Tannenhof nicht bemerkbar gemacht. Immerhin lassen sich bei den besonderen Verhältnissen Tannenhofs nicht allzu weitgehende Schlüsse aus den angeführten Ergebnissen ziehen, vielmehr mag diese Zunahme zum Teil auf Neubauten zurückzuführen sein, durch die besonders für Patienten aus den mittleren und höheren Ständen neue Plätze geschaffen worden sind. Davon bleibt jedoch das Auffallende der Tatsache unberührt, daß gerade die mittleren Beamten sich diese Vergrößerung der Anstalt zunutze gemacht haben.

Im Anschluß hieran will ich gleich die Besprechung des Familienstandes unserer männlichen Paralytiker folgen lassen. Viele Autoren haben einen verhältnismäßig hohen Anteil der Ledigen an den Paralyseerkrankungen gefunden, z. B. *Mendel*, *Obersteiner*, *Kraepelin*, *Hirschl*[1]). Bis zu einem gewissen Grade mag nun diese Erscheinung vielleicht dadurch bedingt sein, daß Ledige, falls sie nicht noch bei den Eltern wohnen, doch sicher weniger häufig in Familienpflege behalten werden als Verheiratete. Anderseits muß man aber in Betracht ziehen, daß die Paralyse gewöhnlich in einem Lebensalter zum Ausbruch gelangt, in dem die verheirateten Leute bei weitem überwiegen. Ob nun dabei besondere Gründe, z. B. die stärkere Gefährdung der Ledigen hinsichtlich der syphilitischen Infektion, eine Rolle spielen, ist schwer zu sagen. Letzteres Moment kann jedenfalls bei einem Vergleich der Zahl der Ledigen mit der der Verheirateten unter den Anstaltsparalytikern oft aus dem Grunde nicht richtig zum Ausdruck kommen, daß mancher, der sich seine Lues als Lediger erworben hat, schon längst verheiratet ist, wenn er als Paralytiker in eine Anstalt kommt.

Übrigens stehen den relativ hohen Zahlen mancher Autoren, wie *Mendel* mit 27,1 %, *Obersteiner* mit 31,2 %, *Hirschl* mit 25 %, bedeutend niedrigere Resultate anderer Untersucher gegenüber. Zum Beispiel fand *Gudden* gegenüber 1092 verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Paralytikern 218, die ledig waren, = 16,63 %; *Junius* und *Arndt* berechneten den Anteil der Ledigen auf 16,7 %, *Hoppe* auf 15,4 %, *Süßmann* nur auf 12,1 %. Auch *Joachim* stellte für Elsaß-Lothringen einen viel geringeren Prozentsatz fest.

[1]) Zit. bei *Junius* und *Arndt*.



Für Tannenhof gestalten sich die Verhältnisse folgendermaßen:

männliche Paralytiker:

	Tannenhof	Alt-Scherbitz
verheiratet	77,8%	80,8%
ledig	16,2%	15,4%
verwitwet	4,7%	3,0%
geschieden	1,2%	0,7%.

Also auch in Tannenhof ist der Anteil der Ledigen viel geringer als der von den zuerst genannten Autoren gefundene. Zum Vergleich habe ich die Ziffern von Alt-Scherbitz daneben gesetzt, wobei sich auch hier annähernd gleiche Verhältnisse bei beiden Anstalten ergeben. *Junius* und *Arndt* suchen nun die Widersprüche zwischen den Ergebnissen der einen und der andern Autoren damit zu erklären, daß die Untersucher, die, wie z. B. *Mendel*, einen erheblich höheren Prozentsatz der Ledigen gefunden haben, vielleicht ein wesentlich aus höheren und besser situierten Bevölkerungsschichten stammendes Material hatten. Dieser Annahme würden die Tannenhofer Ergebnisse widersprechen, die an einem Krankenmaterial gewonnen sind, das auch zum größten Teil aus Ständen stammt, in denen erst verhältnismäßig spät geheiratet wird. Um nun festzustellen, ob der an einer Anstalt gefundene Prozentanteil der ledigen Paralytiker relativ hoch ist, müßte man ihn, wie *Junius* und *Arndt* es getan haben, mit dem Prozentanteil der Ledigen aus den in Frage kommenden Altersklassen innerhalb der das Krankenmaterial liefernden Bevölkerung vergleichen. Leider fehlen mir dazu die statistischen Unterlagen. *Junius* und *Arndt* fanden, daß innerhalb der Bevölkerung die Ledigen unter den Männern von 30 bis 50 Jahren, also den Altersklassen, die hauptsächlich für die Paralyse in Betracht kommen, etwa 17% ausmachten. Das entsprach also fast genau dem von ihnen unter den Paralytikern festgestellten Prozentanteil, der also somit keineswegs hoch genannt werden konnte. Da in einer Großstadt wie Berlin sicher verhältnismäßig mehr Ledige sein werden als in den für Tannenhof in Betracht kommenden Gegenden, würde sich ergeben, daß der Tannenhofer Prozentsatz, der dem von *Junius* und *Arndt* ja absolut fast gleich ist, relativ höher ist als letzterer. Mit aller gebotenen Vorsicht könnte also daraus geschlossen werden, daß unter den Tannenhofer Paralytikern mehr Ledige waren, als es den tatsächlichen Verhältnissen innerhalb der Bevölkerung entspricht. Immerhin muß man dabei bedenken, daß es sich bei *Junius*'

und *Arndts* und meinen Untersuchungen um verschiedene Zeiten handelt, so daß sich die Verhältnisse innerhalb der Bevölkerung inzwischen verschoben haben können. Es ist nun zu prüfen, ob mit der Zeit Änderungen hinsichtlich des Anteils der Ledigen an der Paralyse eintreten. Zu diesem Zweck seien hier die Ergebnisse *Joachims* und die meinigen nebeneinandergestellt:

	Stephansfeld und Rufach			Straßburger Klinik		Saargemünd			Tannenhof	
	97/00	01/05	06/10	97/00	01/10	97/00	01/05	06/10	97/04	05/14
verheiratet .	75,9%	74,6%	71,1%	75,0%	72,0%	83,0%	77,8%	75,8%	81,3%	74,8 %
ledig	20,3%	15,3%	21,9%	20,8%	22,9%	10,6%	17,5%	19,4%	15,0%	17,32%
verwitwet . .	2,5%	9,9%	5,3%	4,1%	2,0%	6,4%	4,8%	3,2%	3,7%	5,5 %
geschieden .	1,3%	0,7%	1,8%	—	2,0%	—	—	1,6%	—	2,4 %

Joachim zieht aus seiner Tabelle den Schluß, daß ein allmähliches Anwachsen des Anteils der Ledigen stattgefunden habe, und wie die Ziffern zeigen, ist diese Zunahmetendenz in Saargemünd sogar recht beträchtlich. Ebenso ist für *Tannenhof* eine im Laufe der Zeit wachsende prozentuale Beteiligung der Ledigen zu konstatieren, und zwar in ähnlichem Maße, wie in der Straßburger Klinik. *Joachim* führt diese Zunahmetendenz darauf zurück, daß im Laufe der Zeit der Beginn der Erkrankung früher fällt oder der Termin der Verheiratung später, oder beides zusammen wirksam ist. Daß die Heiratsmöglichkeit für viele bei dem erschwerten Kampf ums Dasein heutzutage später vorhanden ist als in früheren Zeiten, ist wohl unbestreitbar, ob aber diese Hinausschiebung des Heiratstermins noch in den für die Paralyse hauptsächlich in Frage kommenden Altersklassen wirksam ist, ist doch zum mindesten fraglich. Höchstens kann man wohl annehmen, daß überhaupt weniger geheiratet wird als früher. Eine Vermehrung oder Verstärkung der für Paralyse disponierenden Gefahren zuungunsten der Ledigen als Grund anzunehmen, scheint mir nach den Tannenhofer Ergebnissen auch nicht angängig, denn bis zu einem gewissen Grade müßte sich diese Erhöhung der Gefahren doch auch bei den Verheirateten geltend machen. Wie gezeigt, hat aber die Paralysemorbidität in Tannenhof eher ab- als zugenommen. Was den früheren Beginn der Erkrankung als mögliche Ursache anlangt, so sprechen die Resultate, die *Joachim* in dieser Beziehung gefunden hat, wenig für diese Annahme, und auch ich konnte am

Tannenhofer Material keinen früheren Beginn der Paralyse im Laufe der Zeit feststellen. Übrigens sind andere Untersucher zu einem abweichenden Ergebnis gekommen. Aus den Zahlen von *Gudden*, die er für die Jahre von 1888 bis 1893 angibt, habe ich die Prozentwerte für je drei Jahre ausgerechnet und miteinander verglichen. Es ergab sich für die Jahre 1888 bis 1890 ein Prozentwert von 21,8 für die Ledigen, für 1891 bis 1893 dagegen nur 18,2%, somit eine Differenz von 3,6% im Sinne einer Abnahme. Auch *Kaes* konnte keine Zunahme des relativen Anteils der Ledigen im Laufe der Zeit konstatieren.

Die Berufs- und Standesverhältnisse der Paralytikerinnen in Tannenhof stellen sich folgendermaßen dar: höhere Beamtenfrau 1, Ingenieursfrau 1, Kaufmannsfrauen 6, mittlere Beamtenfrauen 3, Rentnerfrauen 2, Bauunternehmerfrau 1, Handwerkerfrauen 5, Arbeiterfrau 1, Büglerin 1. Also auch hier haben die Kaufmanns-, Handwerker- und mittleren Beamtenkreise den größten Anteil. Die unterste Bevölkerungsschicht, also die Arbeiterklasse, ist nur in sehr geringem Maße vertreten. Wenn ich die Büglerin dazu rechne, gehörten ihr nur 2 Patientinnen an. Allerdings fehlen mir von 12 Patientinnen die Standesangaben; sie waren lediglich als Ehefrauen bzw. Witwen bezeichnet. Da aber von ihnen 8 in der II. und nur 4 in der III. Verpflegungsklasse untergebracht waren, gehörten sie wohl zum größten Teil den bessergestellten Bevölkerungskreisen an. Auf eine Gegenüberstellung von zwei Zeitperioden mußte ich in Anbetracht der geringen Zahl der Patientinnen und der großen Anzahl der in Frage kommenden Rubriken als zwecklos verzichten.

Sämtliche Paralytikerinnen waren verheiratet bzw. verwitwet. Die meisten von den ledigen Paralytikerinnen gehören überhaupt eben wohl den niederen Bevölkerungsklassen an, da diese bedeutend mehr der syphilitischen Infektion ausgesetzt sind, als es bei den Mädchen der mittleren und höheren Kreise der Fall ist. Also auch hier ist der Grund, ebenso wie bei den Standesverhältnissen, in dem besonderen Charakter der Anstalt zu suchen, so daß ein Schluß auf die Verhältnisse innerhalb der Bevölkerung kaum möglich ist. Die Gefahren der sogenannten Emanzipation, die *Mendel* bei der Zunahme der weiblichen Paralysen als möglicherweise wirksam ansah, können also im Tannenhofer Material nicht gut zum Ausdruck kommen, da die „Emanzipation" sich ja in überwiegendem Maße auf die unverheirateten Personen erstreckt.

III. Nunmehr will ich mich der Krankheit selbst zuwenden und die Frage prüfen, welche Altersklassen am meisten bei der Erkrankung an Paralyse beteiligt sind. Nach den einen Autoren [1]) fallen die meisten Erkrankungen in die Zeit vom 41. bis zum 45. Jahre,

[1]) *Hirschl*, *Ascher*, *Eickholt* u. a.



nach den andern (*Mendel*, *Obersteiner*, *Sprengeler*, *Hoppe*, *Junius* und *Arndt*) in die vom 36. bis zum 40. Darin scheint jedoch ziemlich allgemeine Übereinstimmung zu herrschen, daß im Alter zwischen 35 und 45 Jahren die meisten Paralysen zum Ausbruch kommen, wie es ja bei der Eigenschaft der Paralyse als Hirnkrankheit natürlich ist, daß die Zeit der größten Inanspruchnahme des Gehirns auch die meisten Erkrankungen zeitigt. Auf die Schwierigkeit nun, den Beginn des Leidens festzustellen, ist schon oft hingewiesen worden. Die anamnestischen Angaben der Angehörigen sind meist zu unsicher, aber selbst dem Fachmann wird es ja oft schwerfallen, die ersten Anzeichen der beginnenden Paralyse als solche zu erkennen. Bei den allerersten Prodromalsymptomen wird niemand mit Sicherheit entscheiden können, ob es sich nicht noch um Erscheinungen einer Neurasthenie oder Zerebrasthenie handelt, zumal ja oft erst die Paralyse auf dem Boden einer solchen Krankheit entsteht. Faktisch ist eine Paralyse überhaupt erst vorhanden, wenn pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehirns in Entstehung begriffen sind. Der Zeitpunkt des Beginns solcher Veränderungen wird aber in den seltensten Fällen, wenn überhaupt, festzustellen sein. Bei der vorliegenden Frage suchen die einen Autoren (z. B. *Behr*, *Ascher*) die Schwierigkeit dadurch zu umgehen, daß sie ihren Untersuchungen die Zeit des Todes der Paralytiker zugrunde legen. Bei der verhältnismäßig kurzen Dauer der Paralyse werden dadurch ja auch nicht allzu große Fehler entstehen, wo, wie hier, geprüft werden soll, in welches Lebensjahrfünft oder -jahrzehnt die meisten Paralysen fallen. Zudem hat dies Verfahren den großen Vorzug, daß tatsächlich einwandfreie Angaben gemacht werden. Aber es hat auch den Nachteil, daß viele, sonst verwertbare, Fälle aus den Untersuchungen ausgeschieden werden müssen. Überdies wird mit dieser Vorsichtsmaßregel praktisch wenig erreicht, denn auch wenn man die Zeit des deutlichen Ausbruchs der paralytischen Symptome als Grundlage für seine Untersuchungen wählt, wie es andere Untersucher getan haben, werden sich Fehlerquellen nicht allzusehr geltend machen, sobald man, wie hier, der Bestimmung des zeitlichen Auftretens der Krankheit einen Spielraum von mehreren Jahren läßt. Bei der Wahl der letzteren Methode wird man dem richtigen Resultat sogar um einige Jahre näher kommen. Ich habe mich deshalb für diesen Weg entschieden und die Zeit des deutlichen Ausbruchs



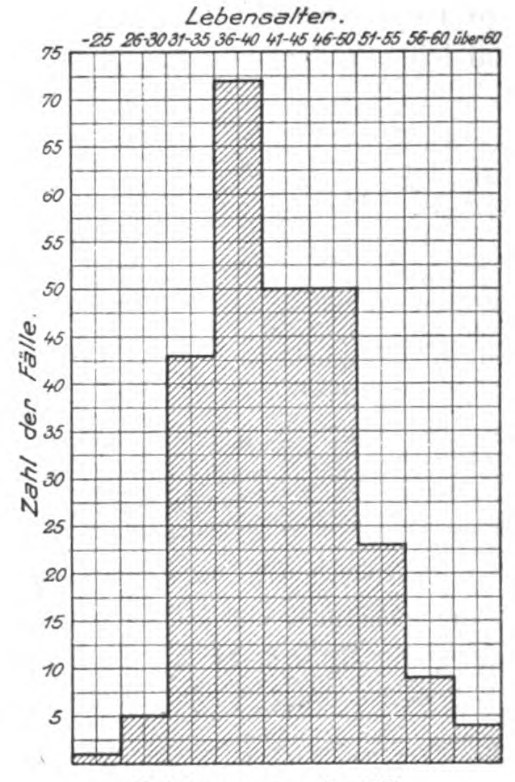
paralytischer Symptome meinen Untersuchungen zugrunde gelegt. Für Tannenhof fand ich nun folgende Ergebnisse:

Es erkrankten:

vor dem 25. Jahre	1 =	0,4%
im Alter von 26—30 Jahren	5 =	1,9%
„ „ „ 31—35 „	43 =	16,7%
„ „ „ 36—40 „	72 =	28,0%
„ „ „ 41—45 „	50 =	19,4%
„ „ „ 46—50 „	50 =	19,4%
„ „ „ 51—55 „	23 =	8,9%
„ „ „ 56—60 „	9 =	3,5%
nach dem 60. Jahre	4 =	1,6%.

Am meisten beteiligt ist also die Altersklasse von 36 bis 40 Jahren. Es folgen die beiden nächsten Lustra, die eine gleiche Anteilshöhe aufweisen, und alsdann der Abschnitt vom 31. bis zum 35. Jahre, der eine etwas geringere Beteiligungsziffer zeigt als die beiden letzteren. Alle vier Zeiträume zusammen, die den Lebensabschnitt vom 30. bis zum 50. Jahre umfassen, weisen einen Prozentsatz von 83,5% auf. In diesen Zeitraum fallen also fast $^5/_6$ aller Erkrankungen an Paralyse. Diese überwiegende Beteiligung der genannten Altersklasse an den Paralyseerkrankungen entspricht ja auch den allgemeinen Erfahrungen. Ebenso stimmt die geringe Anzahl der über 60 Jahre alten Paralytiker und der Erkrankungen vor dem 25. Jahre mit den bisherigen Beobachtungen überein. Der älteste Paralytiker war im Beginn seiner Erkrankung 64¾ Jahre alt, der jüngste 16½. Bei letzterem handelte es sich somit um einen Fall von juveniler Paralyse, der mit seinen paralytischen Anfällen, klassischen körperlichen Symptomen und sogar exzessiven schwachsinnigen Größenideen neben fortschreitendem Blödsinn keinen Zweifel an der Diagnose Paralyse ließ. Ehe ich meine Ergebnisse mit den Resultaten anderer Autoren vergleiche, will ich sie noch durch umstehende Zeichnung verbildlichen:

Die überragende Stellung des Lebensabschnittes vom 36. bis zum 40. Jahre und weiterhin die ganz überwiegende Beteiligung desjenigen vom 30. bis zum 50. Jahre wird durch die Zeichnung drastisch zum Ausdruck gebracht, so daß sich eine weitere Besprechung der Verhältnisse erübrigt. Im folgenden will ich nun die Resultate einer Anzahl Autoren zum Vergleich nebeneinanderstellen:



Zeichnung zu S. 409.

Lebensalter	*Junius* u. *Arndt*	*Ober-steiner*	*Hoppe*	*Sprengeler*	*Eickholt*	Tannen-hof
unter 25 Jahren	—	0,4 %	0,2 %	—	—	0,4 %
26—30 Jahre	4,6 %	2,1 %	6,3 %	6,4 %	6,2 % [1])	1,9 %
31—35 ,,	16,9 %	11,2 %	16,4 %	22,4 %	12,4 %	16,7 %
36—40 ,,	28,6 %	34,0 %	30,4 %	25,4 %	23,0 %	28,0 %
41—45 ,,	25,0 %	22,0 %	17,3 %	21,4 %	24,8 %	19,4 %
46—50 ,,	13,9 %	16,7 %	13,8 %	14,6 %	21,7 %	19,4 %
51—55 ,,	7,5 %	9,1 %	7,5 %	6,4 %	6,2 %	8,9 %
56—60 ,,	2,7 %	4,5 % [2])	2,6 %	3,1 %	4,3 %	3,5 %
über 60 ,,	0,8 %	—	0,5 %	—	1,2 %	1,6 %

Abgesehen von *Eickholt*, ist bei allen Autoren, wie aus der Tabelle hervorgeht, der Abschnitt vom 36. bis zum 40. Jahre der am meisten beteiligte. Der nächste in der Reihenfolge ist dann meist derjenige vom 41. bis zum 45. Jahre, dem weiterhin die Altersklasse von 31 bis 35 oder die von 46 bis 50 Jahren am nächsten kommt. Gemeinsam ist

[1]) 20—30 Jahre.
[2]) 56—63 Jahre.



allen diesen statistischen Aufstellungen der ganz überwiegende Prozentsatz des Zeitraums vom 30. bis zum 50. Lebensjahre. Meine Resultate unterscheiden sich von den Ergebnissen der übrigen Autoren nur dadurch, daß auf das Lustrum vom 46. bis zum 50. Jahre die gleiche Zahl von Erkrankungen fällt wie auf das vorhergehende. Vergleicht man aber die Erkrankungsziffern für das ganze Jahrzehnt vom 41. bis zum 50. Jahre, so ergibt sich eine fast zahlenmäßige Übereinstimmung zwischen den Resultaten von *Obersteiner*, *Junius* und *Arndt*, *Sprengeler* und Tannenhof. Auch im übrigen fällt diese oft fast genaue Gleichheit zwischen den Ergebnissen der einzelnen Untersucher auf. Da auch *Müller* für Gabersee, dessen Krankenmaterial aus einer überwiegend ländlichen Bevölkerung stammt, zu ganz ähnlichen Resultaten gekommen ist, so deutet diese stark ausgeprägte Übereinstimmung zwischen den bezüglich des Krankenmaterials verschiedenartigsten Anstalten darauf hin, daß die Art der Bevölkerung, mag sie großstädtisch, ländlich oder gemischt sein, auf das zeitliche Auftreten der Paralyse keinen Einfluß auszuüben scheint. Von *Krafft-Ebing* und *Obersteiner* ist nun die Ansicht geäußert worden, daß die Paralyse immer mehr bereits in jüngeren Jahren auftrete. Diese Annahme konnte ich an meinem Material nicht bestätigt finden, wie folgende Tabelle beweist, wo ich zwei Perioden von je 9 Jahren miteinander verglichen habe:

Zeitliches Auftreten der Erkrankung:

	unt. 25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	üb. 60
1897 bis 1905	% 0,8	1,7	16,5	28,9	19,8	19,0	8,3	3,3	1,7
1906 bis 1914	—	2,2	16,9	27,2	19,1	19,9	9,6	3,7	1,5

Eine Änderung im Laufe der Jahre in dem erwähnten Sinne läßt sich also nicht herauslesen, sondern eher das Gegenteil. Vergleicht man nämlich die Lebensabschnitte bis zum 40. Jahre und die nach demselben bei den beiden Perioden, so zeigt sich, daß in der Zeit von 1897 bis 1905 bei 47,9% der Paralytiker die Krankheit bis zum 40. Jahre auftrat, bei 52,1% nach demselben. In dem Zeitraum von 1906 bis 1914 dagegen erkrankten nur 46,3% der Paralytiker vor dem 40. Jahre und 53,8% später. Es hat demnach eine geringe Verschiebung nach den höheren Altersklassen zu stattgefunden. Während das durchschnittliche Lebensalter bei Beginn der Erkrankung während der ganzen Zeit etwa 41 Jahre 9 Monate war, betrug es in der Zeit von 1897 bis 1905 41 Jahre 7½ Monate, im Zeitraum von 1906 bis 1914 41 Jahre 10¼ Monate.




Zu ähnlichen Ergebnissen sind übrigens auch andere Autoren gekommen. *Gudden* z. B. prüfte an dem männlichen Paralytikermaterial der Charité nach, in welchem Lebensalter die Krankheit während der Jahrperioden 1874 bis 1879, 1880 bis 1884 und 1888 bis 1892 auftrat. Er legte seinen Untersuchungen dabei die Zeit der Aufnahme der Kranken in die Charité zugrunde. Die einzelnen Altersklassen zeigten während der drei Jahrperioden keine wesentlichen Verschiedenheiten. Stets waren die meisten Erkrankungen im Alter von 36 bis 40 Jahren zu verzeichnen, es folgten der Höhe der Beteiligung nach die Lustra vom 41. bis 45., 31. bis 35. und 46. bis 50. Jahre. Das blieb sich in allen drei Jahrperioden gleich. Faßt man aber bei den *Gudden*schen Resultaten, ebenso wie ich es für Tannenhof getan habe, die Zeit vor dem 40. Lebensjahre zu einem Abschnitt zusammen und stellt ihr die Prozentzahl der Erkrankungen nach dem 40. Jahre gegenüber, so ergibt sich, daß vor dem 40. Jahre zur Aufnahme kamen 1874 bis 1879 52 %, 1880 bis 1884 47,1 % und 1888 bis 1892 49,1 %. Gegenüber dem Zeitraum von 1874 bis 1879 hatte also später eine Verschiebung nach den höheren Altersklassen zu stattgefunden. *Gudden* gibt auch die durchschnittlichen Erkrankungsalter für die einzelnen Jahre von 1888 bis 1893 an, wobei sich zeigt, daß das Durchschnittsalter bis 1890 stets unter, nach 1890 stets über 42 Jahren war. Eine noch viel erheblichere Verschiebung nach den höheren Altersklassen zu konnte *Pilcz* konstatieren, der die von 1870 bis 1875 und nach 1900 an beinahe der gleichen Anzahl von Kranken (annähernd 200) in Wien gemachten Beobachtungen verglich. Nach seinen Angaben erkrankten:

im Alter von	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	üb. 70
					Jahren					
1870—75	10	35	46	47	29	23	6	—	—	1
nach 1900	11	14	46	47	36	22	18	3	2	—

Es zeigt sich also eine besonders starke Verminderung der Erkrankungsfälle in der Altersklasse vom 31. bis zum 35. Jahre, und zwar zum größten Teil zugunsten der Altersklassen von 56 bis 60 und 46 bis 50 Jahren. Während ferner in der ersten Periode nur 1 Fall von über 60 Jahren beobachtet wurde, finden sich nach 1900 deren 5. Vor dem 40. Jahre erkrankten 1870 bis 1875 91 Paralytiker = 46,2 %, in der zweiten Periode 71 = 35,7 %. Auch *Joachim* hat das Material der hier schon öfter genannten elsaß-lothringischen Anstalten nach dieser Richtung hin geprüft. Er fand in der Tat bei den einzelnen Anstalten Änderungen in dem einen oder andern Sinne, konnte aber bei der Zusammenfassung der Resultate sämtlicher Anstalten feststellen, daß die Schwankungen, die im einzelnen die Dezennien im Verlaufe der Jahre zeigten, sich zusammen ausglichen und sich überhaupt erhebliche Veränderungen in dem Anteil der verschiedenen Jahrzehnte nicht nachweisen ließen. Ebenso konnten *Mendel*, *Behr* und *Fürstner* eine Neigung der Paralyse, in jugendlicherem Alter aufzutreten als früher, durch ihre Erfahrungen nicht bestätigt finden. Derselben

Ansicht neigen auch *Junius* und *Arndt* zu. Nach alledem scheint es also recht zweifelhaft zu sein, ob die erwähnte Ansicht von *Krafft-Ebing* und *Obersteiner* Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben kann.

Bei den Frauen gestalten sich die Verhältnisse hinsichtlich des zeitlichen Auftretens der Paralyse folgendermaßen in Tannenhof:

Es erkrankten:

im Alter von	26—30	Jahren	....	1 = 3,2 %
,, ,, ,,	31—35	,,	....	1 = 3,2 %
,, ,, ,,	36—40	,,	....	10 = 32,2 %
,, ,, ,,	41—45	,,	....	5 = 16,1 %
,, ,, ,,	46—50	,,	....	5 = 16,1 %
,, ,, ,,	51—55	,,	....	6 = 19,4 %
,, ,, ,,	56—60	,,	....	3 = 9,7 %.

Die Krankengeschichten, bei denen die Anhaltpunkte fehlten, mußte ich ausscheiden. Ebenso wie bei den Männern weist also auch bei den Frauen der Lebensabschnitt vom 36. bis zum 40. Jahre die größte Zahl von Krankheitsfällen auf. Im übrigen scheint aber das stärkste Auftreten der Krankheit um eine Klasse nach dem Alter zu verschoben, so daß also das Gros der Erkrankungen nicht zwischen dem 30. und 50. Jahre, sondern zwischen dem 35. und 55. Jahre liegt. Vor dem 40. Jahre waren 38,7 % der Frauen erkrankt, bei den Männern 47,1 %. Das spräche also tatsächlich dafür, daß der Beginn der Krankheit bei den Frauen durchschnittlich etwas später fällt als bei den Männern. Eine Reihe von Autoren hat sich ja in diesem Sinne ausgesprochen (z. B. *Sander*, *Mendel*, *Kraepelin*). Meist werden als Grund für diesen späteren Beginn die Einflüsse des Klimakteriums angegeben. Vielleicht dürfte bei meinem Material auch von Einfluß sein, daß es sich durchweg um verheiratete Frauen handelt, die im allgemeinen die Lues etwas später erwerben werden als unverheiratete. Von ziemlich vielen Seiten wird nun betont, daß von den Frauen die jugendlicheren Altersklassen mehr bevorzugt werden als von den Männern, was an dem späteren durchschnittlichen Beginn nichts zu ändern braucht. Demgegenüber ist auffallend, daß beim Tannenhofer Material die Altersklasse von 31 bis 35 Jahren fast vollständig fehlt. Es ist anzunehmen, daß hier der Zufall eine gewisse Rolle gespielt hat, was bei der geringen Anzahl von weiblichen Paralysen, die mir bei meiner Statistik zur Verfügung standen, ja leicht möglich ist. Eine gewisse Zunahme der Erkrankungen nach dem 50. Jahre, auf die *Kaes* hingewiesen hat, und die später auch *Wollenberg*, *Mohr* und *Hoppe* fanden, zeigt sich auch bei meinen Ergebnissen. Allerdings konstatierten *Kaes* und *Mohr* sie in der Altersklasse vom 56. bis zum 60. Jahre, während diese vermehrte Häufigkeit der Krankheitsfälle nach den Beobachtungen von *Wollenberg*, *Hoppe* und mir in das 11. Lebensquinquennium fiel. Ob es sich, wie *Hoppe* annimmt, um Zufälligkeiten handelt oder andere Gründe — *Kaes* führt z. B. die Erscheinung auf die nicht unerhebliche Anzahl von weiblichen Trinkern



im höheren Alter zurück — in Frage kommen, wage ich nicht zu entscheiden. Die oben mitgeteilte Ansicht, daß die Frauen durchschnittlich etwas später erkrankten als die Männer, wird übrigens von andern Autoren durchaus nicht geteilt; z. B. äußern sich *Siemerling*, *Wollenberg*, *Behr*, *Junius* und *Arndt* im abweichenden Sinne. Letztere fanden sogar, daß das Durchschnittsalter der Frauen mit 40 Jahren 4 Monaten noch um ein geringes niedriger war als bei den Männern (40 Jahre 11¾ Monate). Hinsichtlich etwaiger Änderungen bezüglich des Erkrankungsalters im Laufe der Jahre hat *Wollenberg* eine Zunahme der weiblichen Paralysen in den jugendlicheren Altersklassen konstatiert, die sich beim Vergleich von drei Jahrperioden zeigte. Während bei ihm 1877 bis 1881 der Anteil der Fälle im Alter von 20 bis 30 Jahren 3 % beträgt, steigt er 1882 bis 1886 auf 17 % und 1887 bis 1890 auf 19 %. Die Altersklasse von 31 bis 45 Jahren nimmt dementsprechend ab, während die Fälle zwischen 46 und 60 Jahren ungefähr auf der gleichen Anteilshöhe verharren. Auch bei *Behr*s Material stieg die Zahl der weiblichen Paralysen unter 35 Jahren von 16,2 % in den ersten beiden Dezennien auf 21,1 % in den letzten 20 Jahren des von ihm berücksichtigten Zeitraums. Bezüglich des Durchschnittsalters (42 Jahre) konnte er allerdings im Laufe der Zeit keine Änderung feststellen. *Mohr* konnte keine Änderung in der erwähnten Hinsicht bemerken, auch *Junius* und *Arndt* neigen zu der Ansicht, daß jetzt keine Abwanderung der weiblichen Paralysen in die jugendlicheren Altersklassen mehr anzunehmen sei. Für Tannenhof bin ich zu folgenden Resultaten gekommen:

Es erkrankten

	1897 bis 1904 (17 Fälle)	1905 bis 1914 (14 Fälle)
im Alter von 26—30 Jahren	1 = 5,9 %	0 = 0 %
,, ,, ,, 31—35 ,, ...	0 = 0 %	1 = 7,1 %
,, ,, ,, 36—40 ,, ...	5 = 29,4 %	5 = 35,7 %
,, ,, ,, 41—45 ,, ...	4 = 23,5 %	1 = 7,1 %
,, ,, ,, 46—50 ,, ...	2 = 11,8 %	3 = 21,4 %
,, ,, ,, 51—55 ,, ...	3 = 17,6 %	3 = 21,4 %
,, ,, ,, 56—60 ,, ...	2 = 11,8 %	1 = 7,1 %.

Wenn man sich die Prozentzahlen allein betrachten würde, könnte man allerdings herauslesen, daß die Erkrankungsziffer in den jugendlicheren Altersklassen gestiegen sei, insofern in der ersten Periode 35,3 % vor dem 40. Jahre erkrankten und in der zweiten Periode 42,8 %. Jedoch ist dieser hohe Prozentunterschied ja nur eine Folge der geringen Größe des Beobachtungsmaterials. Die absolute Zahl der Paralysen vor dem 40. Jahre ist in beiden Perioden genau gleich, was hier doch wohl als maßgebend anzusehen ist. Würde nur ein Fall weniger vor dem 40. Jahre zur Beobachtung gekommen sein, was doch sehr vom Zufall abhängig ist, so wäre der Prozentsatz für diese Altersklasse in der zweiten Periode schon geringer als in der ersten. Das Durchschnittsalter ist in der zweiten Periode allerdings etwas geringer als in der ersten. Während es in letzterer 44 Jahre

9¾ Monate beträgt, sinkt es zwischen 1905 und 1914 auf 44 Jahre 3⅓ Monate. Da man aber bei der Feststellung des Krankheitsbeginns mit Fehlerquellen mindestens über Monate hinaus rechnen muß, kann man keine weitergehenden Schlüsse aus dieser nicht sehr erheblichen Differenz ziehen. — Wie noch erwähnt sein mag, beträgt das Durchschnittsalter für die ganze Beobachtungszeit 44 Jahre 6⁵/₆ Monate.

IV. Wenn man die Dauer der Krankheit berechnen will, so fällt die Schwierigkeit, den genauen Beginn festzustellen, viel störender ins Gewicht. Man wird schließlich auch nicht umhin können, den Ausbruch deutlicher paralytischer Symptome zum Ausgangspunkt seiner Berechnungen zu nehmen, muß sich aber darüber klar sein, daß die wirkliche Dauer der Krankheit so nie festgestellt werden kann, sondern natürlich länger sein wird. Wissenschaftlich ist das ein Mangel, während es sich praktisch doch wohl meist erst nach dem Ausbruch der deutlichen Symptome darum handeln wird, die Prognose zu stellen. Man kann nun noch im Zweifel sein, ob man bei der statistischen Berechnung der Dauer der Krankheit alle ad exitum gekommenen Fälle mit einbeziehen soll oder nur, wie z. B. *Pilcz* es verlangt, diejenigen Fälle, die unmittelbar an Paralyse, also im paralytischen Anfall oder terminalen Marasmus zugrunde gegangen sind. Vom rein theoretischen Standpunkt aus wäre letzteres allerdings richtiger. Andrerseits muß man die Komplikationen, die so ungemein häufig den Tod der Paralytiker herbeiführen, als eine direkte Folge der Paralyse ansehen, da ohne die Erkrankung an Paralyse das betreffende Individuum ihnen vermutlich auch nicht zum Opfer gefallen wäre. Praktisch genommen kann man diese die Krankheit abkürzenden Komplikationen, wie Pneumonien, Phlegmonen, Dekubitusbildungen usw., ja selbst Suizide, doch wohl als zum Bilde der Krankheit gehörig betrachten, zumal man sie doch, wenn man die wahrscheinliche Lebensdauer eines Paralytikers vorherbestimmen will, mit in Rechnung ziehen muß. Ich habe deshalb, wie andere Autoren es auch getan zu haben scheinen, alle in Tannenhof verstorbenen Paralytiker berücksichtigt.

Die Dauer der Paralyse ist nun im Laufe der Zeit ziemlich verschieden angegeben worden. *Bayle* und *Calmeil* gaben sie noch mit 10 und 13 Monaten, *Parchappe* mit 1 Jahr 4 Monaten 11 Tagen an, währenddie späteren Autoren eine viel längere Krankheitsdauer fanden. *Mendel* suchte für diese Differenz nicht nur einen milderen Verlauf der Krankheit, sondern auch eine gewisse Willkür bei Bestimmung des Krankheitsausbruches



sowie eine durch die verbesserte Anstaltsbehandlung erzielte Verlängerung der Krankheitsdauer verantwortlich zu machen. Von anderer Seite ist auch darauf hingewiesen worden, daß später die bessere Kenntnis der Initialsymptome auch eine frühere Feststellung der Paralyse ermöglicht hat, wodurch die Bemessung der Krankheitsdauer länger wurde. Nach diesen Anschauungen würde also für den auffallenden Unterschied zwischen den Ergebnissen der ältesten und der späteren Autoren keine wirkliche Änderung des Krankheitsverlaufs als Ursache in Frage kommen.

In Tannenhof betrug die durchschnittliche Dauer der Krankheit bei den männlichen Paralytikern 2 Jahre 6 Monate. Im einzelnen ergeben sich folgende Verhältnisse:

Die Krankheit dauerte

bis	¼	Jahre	bei	6	Paralytikern	=	3,4 %
,,	½	,,	,,	6	,,	=	3,4 %
,,	1	,,	,,	19	,,	=	10,7 %
,,	1½	,,	,,	32	,,	=	18,1 %
,,	2	,,	,,	24	,,	=	13,6 %
,,	2½	,,	,,	24	,,	=	13,6 %
,,	3	,,	,,	20	,,	=	11,3 %
,,	3½	,,	,,	14	,,	=	7,9 %
,,	4	,,	,,	8	,,	=	4,5 %
,,	4½	,,	,,	4	,,	=	2,3 %
,,	5	,,	,,	7	,,	=	4,0 %
,,	5½	,,	,,	4	,,	=	2,3 %
,,	6	,,	,,	3	,,	=	1,7 %
,,	7	,,	,,	1	,,	=	0,6 %
,,	8	,,	,,	4	,,	=	2,3 %
über	8	,,	,,	1	,,	=	0,6 %.

Am meisten Paralytiker starben demnach im dritten Halbjahr; von da an nehmen die Todesfälle wieder langsam ab. Vom 2. bis 6. Halbjahr gingen, wie aus der Aufstellung hervorgeht, über ²/₃ aller Paralytiker zugrunde. Innerhalb der ersten 2 Krankheitsjahre starben 87 Kranke von 177 in Tannenhof ad exitum gekommenen = 49,2%, innerhalb der ersten 3 Jahre 131 = 74,0%, nach 4jähriger Krankheit 153 = 86,4%. Über 6 Jahre dauerte die Krankheit nur bei 6 Fällen = 3,4%. 1 Paralytiker ging erst nach 12jähriger Krankheit zugrunde. *Mendel* gibt 1880 an, daß 34,7% seiner Paralytiker während der ersten 2 Krankheitsjahre verstarben, 80% nach 4jähriger Krankheit. Spätere Autoren fanden meist bedeutend mehr Todesfälle während der ersten beiden Jahre, nämlich annähernd die Hälfte, ebenso wie ich es für

Tannenhof beobachtet habe. Zum Vergleich stelle ich hier wieder die Ergebnisse einer Reihe Autoren nebeneinander:

Es starben:	*Oskar Müller* (1883—97)	*Hoppe* (1876—93)	*Sprengeler* (1866—98)	*Behr* (1858—99)
im 1. Jahre	23,6 %	19,9 %	18,1 %	22,2 %
„ 2. „	30,9 %	30,3 %	26,3 %	29,4 %
„ 3. „	25,5 %	23,6 %	30,1 %	22,2 %
„ 4. „	9,1 %	10,4 %	16,9 %	10,0 %
„ 5. „	5,5 %	6,6 %	7,0 %	8,0 %
„ 6. „	1,8 %	4,0 %	0,8 %	4,6 %
„ 7. „	3,6 %	1,2 %	0,8 %	über 6 J. 3,7 %
„ 8. „	0 %	2,1 %	0 %	—
nach 8 Jahren	0 %	2,1 %	0,4 %	—

	Heilbronner (1874—94)	*Junius* u. *Arndt* (1892—1902)	*Joachim* (1897—1909)	Tannenhof (1897—1914)
im 1. Jahre	19,35 %	19,0 %	22,2 %	17,5 %
„ 2. „	23,82 %	26,7 %	22,4 %	31,7 %
„ 3. „	21,09 %	27,9 %	22,4 %	24,9 %
„ 4. „	16,62 %	12,6 %	13,7 %	12,4 %
„ 5. „	8,68 %	6,6 %	8,4 %	6,3 %
nach 5 Jahren	10,42 %	7,1 %	10,8 %	7,5 %

Zur Erklärung sei zunächst gesagt, daß ich die hier aufgeführten Prozentziffern bei *Behr* nach seinen Zahlenangaben selbst ausgerechnet habe, bei *Joachim* sind von mir die durchschnittlichen Prozentwerte aus den Prozentzahlen der von ihm einander gegenübergestellten drei Jahrperioden ermittelt worden. Die Angaben der übrigen Autoren habe ich teilweise insofern modifiziert, als ich sie nach Bedarf in eine andere Einteilung übergeführt habe, also z. B. aus Halbjahrsabschnitten in solche für ganze Jahre usw.

Der Vergleich zwischen den Resultaten der einzelnen Autoren ergibt insofern eine gewisse Übereinstimmung, als bei den meisten annähernd die Hälfte aller Fälle innerhalb der ersten beiden Krankheitsjahre starben. Die geringsten Ziffern weisen dabei *Heilbronner* mit 43,17% und *Joachim* mit 44,6% auf. Auch für die ersten 3 Jahre ergeben sich meist ziemlich ähnliche Resultate. Zum Beispiel starben innerhalb dieser Zeit bei *Hoppe*, *Behr*, *Sprengeler*, *Junius* und *Arndt* sowie in Tannenhof annähernd 74%, von den Paralytikern aus der Anstalt Gabersee 80%, bei *Heilbronner* 64,26% und bei *Joachim* 66,0%. Die letztgenannten beiden Autoren kommen damit den *Mendel*schen Resultaten sehr nahe, von dessen Paralytikern 64,2% in den ersten 3

Krankheitsjahren starben; innerhalb 4 Jahren ging bei ihnen ebenfalls fast der gleiche Prozentsatz zugrunde wie bei *Mendel*, nämlich 80,88% bzw. 80,7%. Was die durchschnittliche Dauer der Krankheit anlangt, so wurde von *Krafft-Ebing* und *Simon*[1]) eine mittlere Dauer von 3 Jahren angenommen, *Ziehen*[2]) setzte sie auf 3 bis 5 Jahre fest, *Crichton Brown*[3]) auf 4 Jahre. Diese Angaben beziehen sich alle auf die Zeit vor 1880. Von den oben aufgeführten neueren Autoren fand *O. Müller* eine durchschnittliche Dauer von 2 Jahren 1⅔ Monaten, *Sprengeler* 2 Jahren 6 Monaten, *Behr* 2 Jahren 6 Monaten, *Heilbronner* 2 Jahren 7¾ Monaten, *Junius* und *Arndt* 2 Jahren 4,1 Monaten, *Joachim* 2 Jahren 7 Monaten, *Obersteiner* 2 Jahren 6 Monaten. *Junius* und *Arndt* ermittelten aus einer Zusammenstellung der statistischen Ergebnisse von *Kundt*, *Heilbronner*, *Kaes*, *Müller*, *Sprengeler*, *Ascher* und *Gaupp* eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 2 Jahren 5⅓ Monaten. Die neueren Autoren haben also mit großer Übereinstimmung eine durchschnittliche Krankheitsdauer von ungefähr 2 Jahren 6 Monaten bei den männlichen Paralytikern festgestellt. Damit stimmt das für Tannenhof gefundene Resultat genau überein. Wenn man nun die Ergebnisse der älteren Autoren (vor 1880) — von den ältesten wie z. B. *Bayle* und *Calmeil* natürlich abgesehen — mit denen der Neueren vergleicht, so macht es fast den Eindruck, als ob die Krankheitsdauer mit der Zeit eine kürzere geworden wäre. Innerhalb der Ergebnisse der in der obigen Tabelle aufgeführten neueren Autoren macht sich allerdings eine solche Tendenz nicht mehr bemerkbar, wie ein Vergleich zwischen den einzelnen Untersuchern ergibt.

Wie schon erwähnt, stimmen die Resultate von ***Heilbronner***, der den Zeitraum von 1874 bis 1894 bearbeitet hat, mit den von ***Joachim*** in der Zeit von 1897 bis 1909 gefundenen ziemlich genau überein. Anderseits hat ***Oskar Müller*** bei seinem Material aus den Jahren 1883 bis 1897 eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 2 Jahren 1⅔ Monaten festgestellt gegenüber 2 Jahren 7 Monaten bei ***Joachim*** (1897 bis 1909) und 2 Jahren 6 Monaten in Tannenhof (1897 bis 1914); ferner stimmen die Resultate von ***Hoppe*** wieder mit denen von Tannenhof ziemlich überein, obwohl sie ebenfalls aus ganz verschiedenen Zeiträumen stammen. Also hier läßt sich eine

[1]) Zit. bei *Mendel*.
[2]) Zit. bei *Obersteiner*.
[3]) Zit. bei *Mendel*.



Gesetzmäßigkeit in der erwähnten Richtung nicht erkennen. *Behr*, der auch in dieser Beziehung die Quinquennien von 1858 bis 1899 einander gegenübergestellt hat, zieht aus dieser Zusammenstellung den Schluß, daß irgendwie bemerkenswerte Verschiebungen hinsichtlich der Krankheitsdauer im Laufe der Jahre nicht stattgefunden haben. *Joachim* glaubt sogar aus seiner Aufstellung vielleicht eine geringe Verlängerung der Dauer herauslesen zu können. Doch ist bei ihm auch eine ziemlich starke prozentuale Verringerung der Fälle von länger als 4 Jahren Dauer zu bemerken. *Pilcz* stellte ebenfalls eine Verlängerung der durchschnittlichen Krankheitsdauer fest, und zwar in der Zeit nach 1900 gegenüber der Zeit von 1870 bis 1875. Während in der ersten Periode von 197 Kranken innerhalb der ersten 2 Jahre 148 = 75,1 % starben, kamen in der zweiten Periode von 199 Kranken nur 93 = 46,7 % ad exitum. Bis zu 4 Jahren dauerten 1870 bis 1875 192 Fälle = 97,5 %, nach 1900 169 Fälle = 84,9 %. Länger als 4 Jahre dauerte 1870 bis 1875 die Krankheit bei nur 2,5 % der Kranken, nach 1900 dagegen bei 15 %.

Um das Tannenhofer Material auf diese Frage zu prüfen, habe ich zwei Tabellen angelegt, von denen die eine die absoluten Zahlen, die andere die Prozentwerte enthält. Diesmal sind von mir 4 Jahrperioden einander gegenübergestellt worden, und zwar 3 zu 4 und 1 zu 6 Jahren. Letztere mußte ich im Verhältnis zu den übrigen länger gestalten, da eine relativ recht große Anzahl von den Paralytikern der letzten beiden Jahre noch nicht ad exitum gekommen war, so daß die Zahl der übrigbleibenden Fälle gegenüber den übrigen Jahrgängen zu klein gewesen wäre.

Absolute Zahlen.

Jahrperioden	unter ¼ J.	bis ½ J.	bis 1 J.	bis 1½ J.	bis 2 J.	bis 2½ J.	bis 3 J.	bis 3½ J.	bis 4 J.	bis 4½ J.	bis 5 J.	bis 5½ J.	bis 6 J.	bis 7 J.	bis 8 J.	über 8 J.	Summa	Zahl der Fälle von 0—2 J.	0—4 J.
1897—1900	0	1	2	9	6	6	3	5	2	1	2	2	1	1	2	1	44	18	34
1901—1904	1	3	3	7	6	11	0	3	3	1	2	2	0	0	1	0	43	20	37
1905—1908	3	1	6	4	6	3	9	2	2	2	0	0	2	0	1	0	41	20	36
1909—1914	2	1	8	12	6	4	8	4	1	0	3	0	0	0	0	0	49	29	46
Summa	6	6	19	32	24	24	20	14	8	4	7	4	3	1	4	1	177	87	153



Prozentzahlen.

Jahrperioden	unter 1/4 J.	bis 1/2 J.	bis 1 J.	bis 1 1/2 J.	bis 2 J.	bis 2 1/2 J.	bis 3 J.	bis 3 1/2 J.	bis 4 J.	bis 4 1/2 J.	bis 5 J.	bis 5 1/2 J.	bis 6 J.	bis 7 J.	bis 8 J.	über 8 J.	Prozentverhältnis der Summe zum Ganzen	Prozentanteil der Fälle bis 2 J.	Prozentanteil der Fälle bis 4 J.
1897—1900	0	2,3	4,5	20,5	13.6	13,6	6,8	11,4	4,5	2,3	4.5	4,5	2,3	2,3	4,5	2,3	24,9	40,9	77.3
1901—1904	2,3	7.0	7.0	16,3	14.0	25.6	0	7.0	7,0	2.3	4,7	4,7	0	0	2,3	0	24,3	46,5	86.0
1905—1908	7,3	2,4	14.6	9.8	14.6	7.3	22,0	4.9	4,9	4,9	0	0	4,9	0	2,4	0	23,2	48,8	87,8
1909—1914	4,1	2.0	16.3	25.5	12.2	8.2	16.3	8,2	2,0	0	6,1	0	0	0	0	0	27,7	59,2	93.9
Durchschnitt	3,4	3,4	10,7	18,1	13,6	13,6	11,3	7,9	4,5	2,3	4,0	2,3	1,7	0,6	2,3	0,6	100,0	49,2	86.4

Was die Einteilung der Tabellen anlangt, so ist sie aus den beigefügten Bezeichnungen klar ersichtlich; nur auf die beiden letzten Kolumnen möchte ich besonders aufmerksam machen, wo die Zahlen der Todesfälle bis zum 2. bzw. bis zum 4. Krankheitsjahre angegeben sind. Betrachtet man die Angaben der Tabellen im einzelnen, so sieht man [1]) die regellosen Schwankungen der Zahlenhöhen während der verschiedenen Jahresperioden. Es zeigt sich nur insofern eine Gesetzmäßigkeit, als die absoluten Zahlen über 5, die relativen über 11,4% sich stets innerhalb der Rubriken für das 2. bis 6. Halbjahr halten. Eine Tendenz der Zu- oder Abnahme läßt sich aus den einzelnen Ziffern schwer herauslesen. Betrachtet man jedoch die Zahlen für die Todesfälle bis zum Schluß des 2. bzw. 4. Krankheitsjahres, so sieht man besonders deutlich auf der Tabelle für die Prozentwerte, daß die Zahl der Todesfälle innerhalb der ersten beiden Krankheitsjahre im Laufe der 4 Jahrperioden ständig zugenommen hat. Am stärksten zeigt sich diese Zunahme bei der vierten Periode, die gegenüber der vorhergehenden Periode eine Erhöhung um 10,4% aufweist. An zweiter Stelle steht die Zunahme von der ersten zur zweiten Periode von 40,9% auf 46,5%, während die Steigerung in der dritten Periode mit 2,3 Prozenteinheiten am geringsten ist. Die Summe der Todesfälle bis zum Schluß des 4. Krankheitsjahres ist infolgedessen natürlich auch größer geworden, jedoch nicht die der Fälle, die länger als zwei Jahre lebten. Während nämlich die Differenz zwischen der Zahl der Todesfälle bis zum Schluß des 2. Krankheitsjahres und der für die Summe

[1]) Vom 4. Halbjahr abgesehen.



der bis Ende des 4. Krankheitsjahres verstorbenen Paralytiker in der ersten Jahrperiode 36,4 Prozenteinheiten beträgt, ist sie in der vierten Periode nur = 34,7%, d. h. die Todesfälle zwischen dem 2. und 4. Krankheitsjahre haben im Laufe der Jahre sogar etwas abgenommen. Die Zunahme der Todesfälle innerhalb der ersten 2 Krankheitsjahre ist jedoch im wesentlichen auf Kosten der länger als 4 Jahre dauernden Fälle erfolgt. Während in der ersten Jahrperiode noch 22,7% der Fälle länger als 4 Jahre dauerten, waren es in der zweiten Periode nur noch 14%, in der dritten 12,2% und in der vierten 6,1%. Die Fälle von mehr als vierjähriger Dauer haben somit in dieser Zeit um 16,6 Prozenteinheiten abgenommen, sind also auf beinahe ein Viertel zusammengeschrumpft. In der gleichen Zeit haben die Fälle mit einer Dauer bis zu zwei Jahren um 18,3 Prozenteinheiten zugenommen, d. h. fast um die Hälfte. Entsprechend diesen Resultaten weist auch die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den männlichen Paralytikern in Tannenhof während der vier Jahrperioden eine Abnahme auf.

Sie betrug:

von 1897	bis 1900	......	3	Jahre	2	Monate
„ 1901	„ 1904	......	2	„	5	„
„ 1905	„ 1908	......	2	„	5	„
„ 1909	„ 1914	......	2	„	2	„

Es wäre jedoch nicht richtig, von diesen Resultaten auf eine wirkliche, ihnen voll entsprechende Verkürzung der Krankheitsdauer zu schließen. Von den Paralytikern der letzten Jahre nämlich leben natürlich mit längerer Krankheitsdauer noch eine ganze Anzahl, so daß sie aus der Berechnung ausgeschieden sind. 5 von diesen sind sogar schon über 4 Jahre krank, so daß die Statistik von ihnen nicht unwesentlich würde beeinflußt worden sein, wenn sie mit eingerechnet hätten werden können. Für die auffallend hohe durchschnittliche Krankheitsdauer in der ersten Jahrperiode weiß ich keine sichere Erklärung zu geben. Vielleicht hat zufällig eine häufigere Überweisung von langjährigen Pfleglingen aus den Provinzialanstalten stattgefunden, was ja in den ersten Jahren nach der Gründung am meisten in Frage kommt. Mit Berücksichtigung dieser Einwände möchte ich aus den obigen Ergebnissen nicht ohne weiteres auf eine Verkürzung der Krankheitsdauer schließen, wohl kann ich aber sagen, daß für die Annahme einer Zunahmetendenz der Krankheitsdauer die Tannen-



hofer Ergebnisse nicht sprechen. Betrachtet man nun zum Schluß den Unterschied zwischen der von den älteren gegenüber den neueren Autoren gefundenen durchschnittlichen Krankheitsdauer im Lichte der hier besprochenen Resultate der verschiedenen Autoren, so ist es doch wahrscheinlicher, daß andere Gründe dafür verantwortlich zu machen sind als eine wirkliche Änderung im Bilde der Paralyse. Vielleicht ist das Resultat zufälliger Natur, vielleicht auch ist die Art des Materials oder die Willkür bei Bestimmung des Krankheitsausbruches die Ursache, zumal der Unterschied ja auch nicht allzu groß ist.

Die Dauer der weiblichen Paralysen in Tannenhof stellt sich nicht unerheblich länger als die der männlichen, sie beträgt im Durchschnitt 3 Jahre $6^{7}/_{10}$ Monate gegenüber 2 Jahren 6 Monaten bei den Männern. Über die Verhältnisse im einzelnen gibt folgende Tabelle Aufschluß:

Es starben:

	Frauen	Männer
im 1. Jahre	1 = 5%	17,5%
„ 2. „	4 = 20%	31,7%
„ 3. „	4 = 20%	24,9%
„ 4. „	3 = 15%	12,4%
„ 5. „	5 = 25%	6,3%
„ 6. „	1 = 5%	4,0%
„ 7. „	1 = 5%	0,6%
„ 8. „	1 = 5%	2,3%
nach dem 8. Jahre .	—	0,6%.

Wie der Aufstellung zu entnehmen ist, standen mir für diese Berechnung nur 20 Fälle zur Verfügung. Die Möglichkeit für Fehlerquellen wird also noch bedeutend größer als bei den bisherigen Berechnungen für die Frauen. Bei der geringen Anzahl macht ein Fall mehr oder weniger schon einen so erheblichen Unterschied bei der prozentualen Berechnung aus, daß auf die genaue Höhe der Prozentwerte in den einzelnen Rubriken nicht so viel zu geben ist. Man kann aber aus obiger Tabelle ersehen, daß ebenso wie bei den Lebensaltern bei Ausbruch der Krankheit auch hier eine Verschiebung nach oben um eine Station gegenüber den Männern zu bemerken ist. Vielleicht mag dieser Parallelismus mit dem höheren Lebensalter zusammenhängen, in dem die Krankheit bei unseren Frauen zum Ausbruch kam, entsprechend der Ansicht [1]), daß bei älteren Personen die Krankheit einen milderen und protrahierteren Verlauf nimmt. Von den Frauen starben innerhalb der ersten beiden Krankheitsjahre nur 25% gegenüber 49,2% bei den Männern, bis zu 4 Jahren lebten 60% der Frauen, 86,4% der Männer. Letzterer Prozentwert wird von den weiblichen Para-

[1]) Zit. bei *Obersteiner*.



lytikern erst annähernd mit Schluß des 5. Jahres erreicht, nämlich 85 %, ebenso wie die Prozentzahl der Fälle bis zu dreijähriger Dauer mit 45 % ungefähr der Prozentzahl entspricht, die von den männlichen Fällen bis zu zweijähriger Dauer erreicht wird. Ähnliche Feststellungen sind schon häufig in der Literatur gemacht worden. *Mendel* gibt z. B. an, daß die mittlere Krankheitsdauer sich bei den Frauen um 1 Jahr erhöht. *Ziehen*, der für die Männer eine mittlere Dauer von 3 bis 5 Jahren annimmt, berechnet sie bei den Frauen auf 5 bis 6 Jahre. *Sprengeler* stellte bei den Männern eine Dauer von 2 Jahren 6 Monaten, bei den Frauen eine solche von 3 Jahren 5½ Monaten fest, *Baer* 2 Jahre 9 Monate bzw. 3 Jahre 11 Monate. Ferner konnten auch *Behr*, *Mohr*, *Greidenberg*, *Gaupp* [1]) eine etwas längere Dauer bei den Frauen konstatieren. Anderseits gibt es auch eine Reihe von Autoren, die diese Beobachtungen nicht bestätigen konnten, z. B. *Kraepelin*, *Wollenberg*, *Hoppe*, *Jahrmärker*, *Berg* u. a. Einige kommen sogar zu dem Resultat, daß die weibliche Paralyse eine kürzere Dauer aufweist, so z. B. *Kaes*, der bei den Männern eine mittlere Krankheitsdauer von 34,05 Monaten und bei den Frauen eine solche von 21,05 Monaten konstatierte. *Junius* und *Arndt* fanden für die Männer 2 Jahre 4,1 Monate und für die Frauen 2 Jahre, *Jolly* 34 Monate bzw. 21 Monate. *Heilbronner* rechnete zwar für die Männer 2 Jahre 7 Monate 3 Wochen aus und für die Frauen 2 Jahre 11 Monate, betonte dabei aber, daß die Annahme eines langsameren Verlaufs der Paralyse bei Frauen irrig sei, da die Dauer der Krankheit bei nicht an Komplikationen, sondern direkt infolge von Paralyse verstorbenen Männern sogar länger war als bei den Frauen. Eine Übereinstimmung besteht also in dieser Beziehung nicht in der Literatur. Vielleicht mögen die Differenzen damit zusammenhängen, wie z. B. *Baer* annimmt, daß die Krankheit bei den Frauen oft relativ spät erkannt wird, da sie im allgemeinen mildere Erscheinungen macht und diese außerdem bei den einer Berufstätigkeit in der Mehrzahl entweder überhaupt oder doch einer solchen mit höheren geistigen Anforderungen fernbleibenden Frauen nicht so frühzeitig auffallen. Änderungen bezüglich der Dauer der weiblichen Paralysen im Laufe der Jahre scheinen bisher kaum beobachtet worden zu sein. Mein Material ist eigentlich zu klein, um eine Prüfung in dieser Hinsicht zuzulassen. Der Vollständigkeit halber habe ich aber doch eine derartige Aufstellung gemacht und gebe sie hier wieder:

Es starben:	1897 bis 1903	1904 bis 1914
im 1. Jahre	—	1 = 10%
„ 2. „	2 = 20%	2 = 20%
„ 3. „	2 = 20%	2 = 20%
„ 4. „	1 = 10%	2 = 20%
„ 5. „	4 = 40%	1 = 10%
„ 6. „	—	1 = 10%
„ 7. „	—	1 = 10%
„ 8. „	1 = 10%	—

[1]) Zit. bei *Junius* und *Arndt*.




Bis zum 4. Krankheitsjahre kamen demnach in der ersten Periode 9 Patientinnen zu Tode, in der zweiten 8 Fälle, so daß von einer wesentlichen Änderung nicht gesprochen werden kann. In der durchschnittlichen Krankheitsdauer ließ sich eine geringe Änderung im Sinne einer Verminderung konstatieren; sie betrug in der ersten Periode 3 Jahre 8²/₅ Monate, in der zweiten 3 Jahre 4³/₅ Monate. Würde es sich um ein größeres Material handeln, so würde dieser Befund gegen die oben erwähnte Annahme sprechen, daß infolge der seltenen Berufstätigkeit der Frauen die Krankheitserscheinungen bei ihnen erst später auffallend würden, was eine kürzere Dauer der Krankheit vortäusche. Da gerade im letzten Jahrzehnt die Frauen sich immer mehr einer beruflichen Tätigkeit zugewandt haben, hätte in der erwähnten Beziehung eher ein Ausgleich eintreten müssen. Bei der geringen Größe meines Materials muß ich jedoch diese Frage dahingestellt sein lassen.

V. Im folgenden will ich nun die Frage untersuchen, ob die klinischen Verlaufsformen der Paralyse im Laufe der Zeit Änderungen erfahren haben. *Mendel* sprach bereits 1880 in seiner Monographie die Vermutung aus, daß die Zeit unzweifelhafte Änderungen und Transformationen der verschiedenen Formen der Paralyse hervorbringe, wobei er sich auf die Angaben *Calmeil*s und *Lunier*s bezog, von denen der eine ein häufigeres Auftreten der melancholischen Formen bemerkt hatte, der andere, daß die langsamer verlaufenden und depressiven Formen sich öfter zeigten. Nachdem auch von anderer Seite (*Pick* [1]), ferner in der 33. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens [2]) auf anscheinend sich geltend machende Änderungen im klinischen Verlauf der Paralyse hingewiesen worden war, kam *Mendel* 1898 auf diese Frage zurück und machte neben andern Veränderungen besonders darauf aufmerksam, daß ein Zurücktreten der klassischen Form der Paralyse gegenüber der dementen Form festzustellen sei. Von den Autoren, die sich nach *Mendel* dann noch mit diesen Fragen beschäftigt haben, seien *Behr*, *Gaupp*, *Fürstner*, *Raecke*, *Jolly*, *Junius* und *Arndt*, *Pilcz* und *Joachim* genannt. Teils haben sie sich der Meinung *Mendel*s angeschlossen, teils haben sie seine Beobachtungen an ihrem Material nicht bestätigt gefunden. Wenn ich mich nun zunächst meinen Ergebnissen zuwende, so sei vorerst über die Einteilung der Paralyse in verschiedene Formen etwas gesagt. Die verschiedenen Autoren, nicht nur die eben erwähn-

[1]) Zit. bei *Pilcz*.
[2]) Zit. bei *Behr*.



ten, gehen hier nicht einheitlich vor. *Obersteiner* z. B. unterscheidet 8 verschiedene Formen, andere teilen sie in 5 bis 6 Formen ein, *Kraepelin* dagegen stellt nur vier Hauptformen auf, bei denen er dann noch einige Nebenformen unterscheidet. *Binswanger*[1]) verwirft das Einteilen der Paralyse in Formen überhaupt. Jedenfalls haben alle Einteilungen etwas Künstliches an sich und dienen nur dazu, die Übersicht zu erleichtern. Dementsprechend finden sich oft Übergänge zwischen den einzelnen Formen, so daß der gewissenhafte Untersucher häufig in Zweifel gerät, welcher Form er die einzelnen Fälle zuzählen soll. Besonders, wenn man nur nach Krankengeschichten urteilen soll, wo also der unmittelbar persönliche Eindruck fehlt, stößt man auf Schwierigkeiten. Am weitesten kommt man noch, wenn man, wie *Behr* es getan hat, sich nach dem vorherrschenden Grundzuge richtet. Zum Beispiel gibt es ja viele Fälle, bei denen hin und wieder Größenideen auftreten, die man aber unmöglich als expansiv bezeichnen kann, da sie im übrigen ganz ruhig verlaufen. *Kraepelin* zählt solche Fälle ja auch der dementen Form zu. Wenn man dagegen alle Fälle mit Größenideen einer bestimmten Gruppe zuteilen will, so hebt man damit keine klinische Verlaufsform mehr, sondern nur ein Symptom hervor. — Für die vorliegende Frage, wo es sich im wesentlichen darum handelt, ob die erregteren Verlaufsformen gegenüber den ruhigeren abgenommen haben, mag es nun wohl genügen, wenn man die *Kraepelin*sche Einteilung in 4 Hauptarten wählt. Ich habe demgemäß bei meinen Untersuchungen eine agitierte, expansive, demente und depressive Form unterschieden. Die Richtlinien, die ich dabei innegehalten habe, sind folgende: Der agitierten Form habe ich alle Fälle zugezählt, die unter häufigen und langdauernden Erregungszuständen verliefen, auch wenn manchmal die Größenideen weniger in Erscheinung traten. In der expansiven Klasse befinden sich bei mir die Fälle mit exzessiven Größenideen und manischen Zuständen auf vorwiegend euphorischer Basis. Unter die dementen Formen habe ich die ruhigeren Fälle mit deutlich fortschreitendem Blödsinn eingereiht, auch wenn hin und wieder kurzdauernde Erregungen vorkamen und schwachsinnige Größenideen geäußert wurden, und der depressiven Form endlich sind die Fälle zugerechnet worden, bei denen melancholisch-hypo-

---

[1]) Zit. bei *Junius* und *Arndt*

chondrische Vorstellungen und Verkleinerungsideen vorherrschten. Gemischte Formen habe ich je nach dem überwiegenden Grundzug der einen oder andern Klasse zugeteilt. Was den allgemeinen Eindruck anlangt, den ich von meinem Material erhalten habe, so ist mir, ebenso wie *Joachim* bei dem seinigen, der überwiegend ruhige Verlauf der Krankheitsfälle aufgefallen. Selbst bei den Fällen, die ich der expansiven Form zuzählen zu müssen glaubte, tritt manchmal der manisch-euphorische Grundzug nicht allzu stark in Erscheinung. Diesem auffallend ruhigen Verlauf der Paralyse in Tannenhof entsprechend habe ich auch nur verhältnismäßig wenige Fällc von agitierter Paralyse gefunden. Kurzdauernde Erregungen kamen übrigens auch bei den ruhigeren Formen in einer Anzahl Fälle vor, doch waren sie meist nicht sehr nachhaltig. Zum Teil mag dieser ruhige Verlauf auf die in Tannenhof ausgiebig angewandten klinischen Beruhigungsmittel und -maßnahmen zurückzuführen sein, unter denen besonders systematisch angewandte Darmeingüsse günstige Erfolge zu zeitigen schienen. — Um nun auf meine Resultate im einzelnen einzugehen, so habe ich zunächst die Ergebnisse von je 3 Jahren zusammengefaßt und gebe die absoluten Zahlen dafür in folgender Tabelle wieder:

Jahrperioden	Agit. F.	Exp. F.	Dem. F.	Depr. F.	Summa
1897 bis 1899	—	7	24	5	36
1900 bis 1902	2	7	25	4	38
1903 bis 1905	2	14	30	4	50
1906 bis 1908	1	13	31	6	51
1909 bis 1911	3	9	28	5	45
1912 bis 1914	3	6	32	3	44
Summa	11	56	170	27	264

Vier Fälle, bei denen die Entscheidung zu schwierig war, sind bei der Untersuchung ausgeschieden worden. Betrachtet man vorerst die Ergebnisse für den ganzen Zeitraum, so zeigt sich der ganz überwiegend große Anteil der dementen Form, die mit 170 von 264 Fällen 64,4% aller männlichen Paralytiker für sich in Anspruch nimmt. Im weiten Abstande folgen ihr die expansive Form mit 56 Fällen = 21,2%, die depressive mit 27 Fällen = 10,2% und zuletzt die agitierte Form mit 11 Fällen = 4,2%. Eine so starke Beteiligung der dementen Form ist von vielen Autoren nicht gefunden worden. *Obersteiner*, der außer

diesen 4 Formen allerdings noch 4 andere unterscheidet, zählt der dementen Form nur 44% der Fälle zu, der klassischen (expansiven) Paralyse 27%, der depressiven 12%, der manischen (agitierten) 6%. *Mendel* konstatierte die demente Form in 36,1%, die expansive dagegen in nur 12,4%, *Junius* und *Arndt* fanden in 37,25% die demente Form, die expansive in 26,73%. *Raecke* stellte sie gar nur in 12,7% der Fälle fest, was im Vergleich zu andern Autoren allerdings auffallend wenig ist. Dagegen fand *Behr* in den letzten Jahren des von ihm beobachteten Zeitraums demente Fälle in 58%, expansive in 35,4%. Die verhältnismäßig hohe Ziffer der letzteren mag zum Teil dadurch entstanden sein, daß *Behr* für die depressive Form keine besondere Rubrik aufgestellt hat. *Joachim* stellte in den Anstalten Elsaß-Lothringens während der Jahrperiode 1906—1910 die demente Form sogar in 68% der männlichen Paralytiker fest, die expansive nur in 20,9%. Das wäre also ein ganz ähnliches Ergebnis wie das für Tannenhof gefundene. Hinsichtlich der starken Beteiligung der dementen Form an sich würde also das Tannenhofer Resultat der *Mendel*schen Behauptung entsprechen, eine wesentliche Änderung aber im Sinne einer Zunahmetendenz der dementen Form und einer Abnahmetendenz der expansiven Form konnte innerhalb des von mir bearbeiteten Zeitraums nicht festgestellt werden. Schon eine Betrachtung der obigen Tabelle zeigt das, wo nur in den letzten 3 Jahren eine deutlichere Änderung zu bemerken ist. Im übrigen zeigen die Ziffern der expansiven Form während der 6 Jahre von 1903 bis 1908 sogar nicht nur ein absolutes, sondern auch ein relatives Anwachsen gegenüber der dementen Form. In der folgenden Tabelle, wo ich die Prozentzahlen für 3 Perioden von je 6 Jahren wiedergegeben habe, treten diese Verhältnisse noch deutlicher in Erscheinung:

Jahrperioden	Agitierte F.	Expansive F.	Demente F.	Depressive F.
1897 bis 1902	2,7	18,9	66,2	12,2
1903 bis 1908	3,0	26,7	60,4	9,9
1909 bis 1914	6,7	16,9	67,4	9,0
Durchschnitt	4,2	21,2	64,4	10,2

Es überwiegt also hiernach die demente Form von vornherein in noch stärkerem Maße als es in der mittleren Prozentzahl für die ganzen



18 Jahre zum Ausdruck kommt. Von der ersten zur zweiten Periode folgt dann ein ziemlich starker Abfall, der in der dritten Periode einem noch etwas stärkeren Anstieg weicht, so daß schließlich eine kleine Zunahme (um 1,4 Prozenteinheiten) gegenüber der ersten Periode resultiert. Bei der expansiven Form gestalten sich die Verhältnisse genau umgekehrt. Hier erfolgt von der ersten zur zweiten Periode ein starker Anstieg, und von der zweiten zur dritten ein noch stärkerer Abfall, so daß der Endeffekt eine um 2 Prozenteinheiten geringere Prozentziffer als die in der ersten Periode ist. Die depressive Form nimmt ständig ab; die Prozentziffer der dritten Periode ist bei ihr um 3,2 Prozenteinheiten kleiner als die der ersten. Am auffälligsten ist das Verhalten der Prozentzahlen bei der agitierten Form, die in der dritten Periode ein Mehr von 4 Prozenteinheiten gegenüber der ersten Periode aufweist. Faßt man also zusammen, so hat sich bei der dementen Form allerdings eine geringe Zunahme ergeben. In Anbetracht der großen Höhe der betreffenden Prozentzahlen aber ist die Steigerung so gering, daß sie praktisch = 0 zu setzen ist. Die Abnahme bei der expansiven Form ist zwar relativ erheblicher, aber auch nicht allzu groß, und bei Berücksichtigung der starken Schwankung in der zweiten Periode wohl mehr als zufällig zu betrachten. Zudem steht zu einer Annahme eines weiteren Zurücktretens der erregteren Formen die verhältnismäßig starke Zunahme der agitierten Fälle, die *Kraepelin* zum Beispiel mehr als eine Unterform der expansiven Form bezeichnet, in direktem Widerspruch. Diese Steigerung in der Zahl der letzteren gleicht den Rückgang der expansiven Formen so ziemlich aus. Man kann also wohl den Schluß ziehen, daß bei dem Tannenhofer Material eine Änderung im Sinne einer Zunahme der dementen Formen auf Kosten der erregteren nicht mehr stattgefunden hat. Um zu untersuchen, ob nicht infolge der Berücksichtigung aller Fälle, also auch der nicht bis zum Tode beobachteten, sich Fehlerquellen geltend gemacht haben, habe ich nun auch noch eine besondere statistische Berechnung für die verstorbenen Paralytiker allein angestellt. Es ergaben sich jedoch keine wesentlichen Verschiedenheiten dabei, so daß es genügen mag, die mittleren Prozentwerte aus beiden Berechnungen einander gegenüberzustellen:



	nur verstorbene Fälle	alle Fälle
Ag. Form	3,8 %	4,2 %
Expans. Form	21,4 %	21,2 %
Dem. ,,	63,7 %	64,4 %
Depress. ,,	11,0 %	10,2 %

Es ergibt sich also eine fast zahlenmäßig genaue Übereinstimmung, ein Beweis dafür, daß die Verwendung des gesamten Materials für das Gesamtresultat nicht nachteilig gewesen ist.

Was nun die in der Literatur veröffentlichten Ergebnisse anlangt, so hat ja, wie schon erwähnt, vor allem *Mendel* auf das Zurücktreten der typischen Form der Paralyse und das Anwachsen der dementen Fälle aufmerksam gemacht. Er wies dabei darauf hin, daß die älteren Autoren, z. B. *Brierre de Boismont*, unter 100 Fällen 64mal, *Calmeil* unter 62 Fällen 25mal, *Bayle* unter 85 Fällen 52mal die typische Form feststellten. *Camuset* konstatierte unter 173 Paralytikern nur in 25,4 % die demente Form. *Mendel* hatte noch 1880 unter 180 eigenen Fällen 55mal die typische und nur 37mal die demente Form gefunden, während *Scholinus*, der Leiter von *Mendels* früherer Anstalt, in den Jahren von 1890 bis 1898 unter 194 Paralytikern nur 24 typische Fälle, dagegen 70 demente feststellen konnte. *Mendel* meint sogar, daß die Zahl der dementen Fälle in Wahrheit noch viel höher wäre, da nicht alle dementen Paralytiker in Anstalten gebracht würden. In der Folge wurde *Mendels* Annahme von *Behr* durchaus bestätigt. Dieser konnte in dem Material der Anstalt Hildesheim während der Zeit von 1858 bis 1899 eine beständige relative Zunahme der dementen Fälle beobachten, und zwar war der Prozentwert für das erste Quinquennium = 22,5%, in den Jahren 1898/99 aber = 58,0%. Die dementen Fälle hatten also in den 40 Jahren um das 2½fache zugenommen. Die typischen Fälle hatten sich in derselben Zeit von 50 % auf 35,4 % vermindert, die agitierten von 27,5 % auf 6,4 %. Das wären also ganz beträchtliche Änderungen im Laufe der Zeit. Nach *Pilcz*, der allerdings eine etwas andere Einteilung wählt, gingen die einfachen dementen Formen von 21,8 % in der Zeit von 1870 bis 1875 auf 28,1 % nach 1900 herauf, während die megalomanischen Formen (alle Fälle mit Größenideen) von 56,3 % auf 38,7 % heruntergingen. Der Prozentwert der agitierten Fälle betrug in der ersten Periode 12,2 %, in der zweiten 11,1 %. Also auch hier eine Zunahme der ruhigen und eine Abnahme der erregteren Formen. *Joachim*, der die Prozentwerte für die elsaß-lothringischen Anstalten (Stephansfeld-Rufach, Saargemünd, Straßburger Klinik) zusammen in 3 Jahrperioden angibt, konnte feststellen, daß die dementen Fälle von 53,1 % in der Zeit von 1897 bis 1900 (erste Periode) auf 68,0 % in der Zeit von 1906 bis 1910 (dritte Periode) gestiegen, die expansiven in derselben Zeit von 29,3 % auf 20,9 %, die agitierten von 8,8 % auf 7,7 % und die depressiven Fälle von 8,8 % auf 3,7 % zurückgegangen waren. Allerdings



waren an diesen Resultaten, wie *Joachim* angibt, nicht alle Anstalten in gleichem Maße beteiligt, sondern die Ziffern der Straßburger Klinik zeigten sogar eine direkt entgegengesetzte Tendenz, was *Joachim* durch die Kürze der Beobachtungszeit in der Klinik zu erklären sucht. *Kraepelin*, der 1899 die Zahl der dementen Fälle mit etwa 40 % angibt, teilt neuerdings nachträglich für Heidelberg 53 %, für München (Männer) 56 % als Anteil der dementen Form mit. Die *Mendel*schen Beobachtungen haben nun eine Reihe anderer Autoren nicht bestätigt finden können; z. B. *Fürstner*, *Gaupp*, *Raecke*. Auch *Junius* und *Arndt* entnehmen aus einem Vergleich mit den von *Ascher* in der Zeit von 1880 bis 1888 an der Anstalt Dalldorf gefundenen Resultaten, daß seitdem die demente Form in Dalldorf keine Zunahme erfahren habe. Man kann sich aber doch dem Eindruck nicht verschließen, daß die demente Form während der letzten Jahrzehnte häufiger in den Anstalten als früher beobachtet worden ist. Ob es sich hier nun tatsächlich um eine Änderung der klinischen Verlaufsformen handelt, wie *Mendel* annimmt, oder andere Gründe mehr äußerlicher Art als ursächlich gewirkt haben, ist wohl noch nicht als ganz geklärt anzusehen. *Jolly*[1]) führt ja z. B. gegen die *Mendel*sche Hypothese an, daß früher die wichtigsten Krankheitszeichen (reflektorische Pupillenstarre, *Westphal*sches Zeichen) noch nicht bekannt gewesen wären und infolgedessen die chronisch demente Form seltener diagnostiziert worden sei.

Alt äußerte in der oben erwähnten Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens die Ansicht, daß keine eigentliche Veränderung der klinischen Form vorliege, sondern daß die bessere moderne Behandlung und die frühere Überweisung in eine Anstalt den Verlauf der Krankheit mildernd beeinflußt habe. *Junius* und *Arndt* führen auch ähnliche Gründe an und meinen außerdem, daß auch die willkürliche Rubrizierung der klinischen Verlaufsformen, die dem subjektiven Belieben ziemlich großen Spielraum läßt, bei den verschiedentlichen Resultaten mit als ursächlich in Betracht zu ziehen sei. Nach den Tannenhofer Resultaten möchte ich auch mehr dazu neigen, mich den von *Alt* geäußerten Gründen anzuschließen. Es zeigt sich zwar auch an dem Tannenhofer Material, daß neuerdings die demente Form vorzuherrschen scheint, da aber keine weitere Zunahme mehr stattgefunden hat, mag diese dominierende Stellung der dementen Form durch Gründe veranlaßt worden sein, die in der letzten Zeit nicht mehr steigernd wirken. Zum Beispiel wird die Anstaltsbehandlung der Paralytiker in den letzten beiden Jahrzehnten sich kaum noch wesentlich verändert haben, infolgedessen ist auch die erzielte Be-

[1]) Zit. bei *Junius* und *Arndt*.



ruhigung der Fälle konstant geblieben. Die in Tannenhof beobachtete paradoxe Zunahme der agitierten Fälle wird auch in diesem Lichte leichter verständlich, denn bei stark ausgeprägten agitierten Fällen werden auf die Dauer alle Beruhigungsmittel erfolglos bleiben. — Zum Schluß möchte ich noch den Hinweis von *Haßmann* (Feldhof bei Graz) erwähnen, der auf ein häufigeres Auftreten von epileptoiden Zuständen bei der Paralyse in den letzten Jahren aufmerksam macht. Beim Durchlesen der Tannenhofer Krankengeschichten ist mir etwas Derartiges nicht aufgefallen, jedoch wird es überhaupt zu schwierig sein, lediglich aus Krankengeschichten epileptoide Zustände zu diagnostizieren, wenn die betreffenden Beobachter auf diesen Punkt nicht ihr besonderes Augenmerk gerichtet hatten.

Bei den weiblichen Tannenhofer Paralysen überwogen die dementen Fälle in noch höherem Maße als bei den Männern; 80% der Kranken waren dieser Form zuzurechnen, während die expansive und die depressive Form nur je mit 10% beteiligt waren, agitierte Fälle überhaupt nicht konstatiert werden konnten. Im ganzen konnte ich 30 Fälle bei der Untersuchung verwerten. Das Überwiegen der dementen Form trat gleich von vornherein in Erscheinung, so daß eine Zunahme der dementen Form innerhalb des von mir bearbeiteten Zeitraumes nicht beobachtet werden konnte. Die wenigen expansiven Fälle (nur 3!) zeichneten sich durch ihre vorwiegend ruhige Form aus. Im Grundsatz würde dies Resultat ja den bisher von anderer Seite gemachten Beobachtungen entsprechen, insofern der Paralyse bei Frauen allgemein ein ruhigerer Verlauf als bei Männern zugeschrieben wird. Schon *Sander* hat ja auf den langsameren Verlauf und das Übergewicht der dementen Form bei den weiblichen Paralysen hingewiesen. In bezug auf die Höhe der von mir für die demente Form gefundenen Prozentziffer übertrifft allerdings mein Resultat die Ergebnisse der meisten andern Autoren bei weitem. Nur *Kraepelin* kommt ihm ziemlich nahe, indem er neuerdings 73% seiner Paralytikerinnen der dementen Form zuzählen konnte. *Jahrmärker* konstatierte letztere in 59,3% seiner Fälle, *Behr* in 53,7%. Andere Autoren kommen noch zu weit geringeren Resultaten; z. B. zählt *Mohr*, der ein Überwiegen der dementen Form bei den annähernd 50 Fällen, die er untersucht hat, feststellt, ihr trotzdem nur 31% seiner Fälle zu. *Junius* und *Arndt* konnten 40,93% zur dementen Klasse rechnen, also nicht viel mehr als bei den Männern; überhaupt differieren auch bei den übrigen Formen ihre Ergebnisse nicht sehr von den bei den männlichen Paralysen gefundenen. Einer Zunahme der dementen Form stehen *Junius* und *Arndt* auch bei den Frauen sehr skeptisch gegenüber. Auch *Behr*, der doch bei den Männern eine so in die Augen fallende wachsende Zunahme der dementen Form fand, konnte das gleiche für die Frauen nicht feststellen, ebenso wie er bei der Beteiligung der typi-



schen Form im Laufe der Zeit keine wesentlichen Unterschiede konstatierte. Eine Zunahmetendenz der dementen Form der Paralysen bei Frauen scheint demnach recht zweifelhaft zu sein.

VI. *Mendel* hat nun noch das häufigere Auftreten von erheblichen Remissionen betont. Zu demselben Resultat gelangt auch *Pilcz*, der für 1870 bis 1875 bei annähernd 200 Kranken nur 21 erhebliche Remissionen feststellte, nach 1900 dagegen ceteris paribus 42mal Remissionen fand. Also eine Steigerung auf das Doppelte! *Behr* konstatierte in den ersten beiden Jahrzehnten des von ihm bearbeiteten Zeitraums nur 4mal Remissionen = 2,13%, in den letzten beiden Jahrzehnten dagegen in 16 Fällen = 4,08%. *Joachim* gibt für drei aufeinanderfolgende Jahrperioden 1,4%, 1,7% und 4% an, so daß also auch bei seinem Material eine Zunahmetendenz der Remissionen zu bemerken ist. *Junius* und *Arndt* kommen auf Grund ihres Materials zu keiner Entscheidung hinsichtlich dieser Frage. Für Tannenhof ließ sich ebenfalls eine geringe Zunahme bei einem Vergleich zwischen drei 6jährigen Perioden feststellen:

Periode		
1897 bis 1902	= 12,2%	Gesamtzahl der Rem. = 36
1903 bis 1908	= 14,9%	
1909 bis 1914	= 13,5%	
durchschnittlich	13,6%.	

Sehr erheblich kann man diese Zunahme um 1,3% allerdings nicht nennen in Anbetracht der Höhe der Prozentziffern überhaupt. Als einen Beweis für die wachsende Häufigkeit der Remissionen kann man demnach dieses Resultat nicht ansehen. Relativ am häufigsten zeigten sich die Remissionen bei der expansiven Form, was ja mit den allgemeinen Erfahrungen übereinstimmt. Der Durchschnittsprozentsatz von 13,6% erscheint im Vergleich mit den Resultaten von *Behr* und *Joachim* ziemlich hoch, zumal ich nur ganz deutliche und erhebliche Remissionen gerechnet habe, in denen die Kranken nach Hause zurückkehren konnten und wieder arbeitsfähig wurden. *Gaupp*[1]) fand wesentliche Besserungen in nicht ganz 10%, sehr tiefgreifende nur in 1% der Fälle. *Hoppe* stellte dagegen in 16,8% ausgeprägte Remissionen fest, *Acker* unter 14 Fällen 2 = 14,3%.

Bei den Frauen konnte ich nur bei 2 von 31 Fällen eine Remission konstatieren = 6,5%. Im Vergleich mit andern Autoren erscheint dieser

[1]) Zit. bei *Kraepelin*, Lehrbuch, 1910.



Prozentsatz ziemlich gering. Von diesen fand Jahrmärker in 14,8%, *Hoppe* in 14,9%, *Mohr* in 19,0% und *Berg* in 18,4% der Fälle deutliche Remissionen. *Matthey* stellte unter 14 Fällen allerdings nur 1 = 7,1% fest. Die Frage einer eventuellen Zunahme läßt sich bei meiner geringen Zahl nicht entscheiden.

Im Anschluß an die *Mendel*schen Ausführungen hat *Kraepelin* 1898 nun auch die Behauptung aufgestellt, daß die paralytischen Anfälle in der Abnahme begriffen seien.

Diese Beobachtung hat von vielen Autoren nicht bestätigt werden können. *Mendel* selbst sprach sich gegen eine Änderung in dieser Hinsicht aus. *Behr* kommt sogar zu einem entgegengesetzten Resultat, indem bei ihm Anfälle während der letzten Jahrzehnte in mehr als der Hälfte der Paralysen, früher dagegen (von dem ersten Quinquennium abgesehen) in nur 31 bis 42% der Fälle auftraten. Er sieht den Hauptgrund dieser nicht unerheblichen Zunahme in dem häufigeren Auftreten der dementen Fälle. Auch *Pilcz* hat eine größere Häufigkeit der Anfälle in der neueren Zeit festgestellt, und zwar hatten 1870 bis 1875 von etwa 200 Paralytikern 57 epileptiforme Anfälle, nach 1900 bei derselben Gesamtzahl 72. Die Zahl der Paralytiker mit apoplektiformen Anfällen blieb sich in beiden Perioden annähernd gleich. *Junius* und *Arndt* finden bei einem Material von 1036 männlichen Paralytikern Anfälle in 52,3%, glauben aber, daß die Anfälle in Wahrheit noch viel häufiger vorkommen, weil in einer ganzen Anzahl ihrer Fälle eine genaue Anamnese nicht vorhanden war; auch wird nach ihrer Meinung mancher Anfall unbeobachtet bleiben und mancher beobachtete nicht in die Krankengeschichte eingetragen werden. Sie schätzen, daß beinahe ¾ aller Paralytiker im Laufe ihres Leidens von irgendeinem Anfall betroffen werden. Nach *Obersteiners* Ansicht bleiben bei genauer Beobachtung sogar nicht viel mehr als 10% der Fälle übrig, die ganz ohne Anfall vom Beginn bis zum letalen Ausgang verlaufen. Ähnliches wie *Junius* und *Arndt* führt auch *Heilbronner* aus, der in 59,3% seines Materials Anfälle konstatierte. In der von mir berücksichtigten Literatur fand nur noch *Joachim* eine Abnahme der Anfälle, die allerdings auch nicht erheblich war, und zwar wurden von ihm für 1897 bis 1900 in 21,8%, für 1901 bis 1905 in 21,9% und 1906 bis 1910 bei 17,6% Anfälle konstatiert. Von einer kontinuierlichen Abnahmetendenz kann aber nicht gesprochen werden, da die Verringerung der Anfälle sich erst in der dritten Periode zeigt. Auffallend ist bei *Joachim* der überhaupt niedrige Prozentsatz der Anfälle.

Was die Tannenhofer Ergebnisse anlangt, so habe ich es für richtiger gehalten, bei dieser Berechnung nur die bis zum Tode beobachteten Fälle zu berücksichtigen, da ja gerade gegen Ende der Krankheit häufig Anfälle aufzutreten pflegen. Dabei ergab sich folgendes:



1897 bis 1902	=	60,6 %
1903 bis 1908	=	69,2 %
1909 bis 1914	=	62,7 %
Durchschnitt	=	64,6 %.

Von einer gesonderten Rechnung für die epileptiformen und apoplektiformen Anfälle, wie ich sie ursprünglich beabsichtigt hatte, bin ich wegen der Schwierigkeit, sie mit Sicherheit ihrer Art nach aus den Krankengeschichten zu erkennen, ebenso wie *Junius* und *Arndt*, im Laufe meiner Untersuchungen abgekommen. Aus dem Vergleich der oben aufgeführten Jahrperioden ist zu ersehen, daß sich bei meinem Material nicht nur nicht eine Abnahmetendenz, sondern im Gegenteil eine geringe Zunahme gezeigt hat. Aber auch diese ist nicht erheblich genug, um aus ihr irgendwelche Schlüsse ableiten zu können. Die verhältnismäßig große Höhe der durchschnittlichen Prozentziffer spricht gegen die Ansicht, daß Beruhigungsmaßnahmen einen mindernden Einfluß auf das Auftreten von Anfällen ausüben könnten, denn in Tannenhof werden ja, wie schon erwähnt, klinische Beruhigungsmittel und -maßnahmen im ausgedehnten Maße angewandt. Auch *Junius* und *Arndt* glauben nach ihren Erfahrungen Beruhigungsmitteln usw. einen Einfluß in dieser Hinsicht absprechen zu müssen, während *Kraepelin* allerdings der systematisch durchgeführten Bettbehandlung, welcher Annahme auch *Kemmler*[1]) zustimmte, für die von ihm beobachtete Abnahme der Anfälle einen ursächlichen Einfluß zuschrieb. Neuerdings scheint übrigens *Kraepelin* von seiner Ansicht, daß die Anfälle in der Abnahme begriffen seien, wieder abgekommen zu sein, denn er gibt an, daß in München bei 65% der Paralytiker Anfälle bereits vor der Aufnahme festgestellt worden seien, während in Heidelberg bei überhaupt nur 30 bis 40% von ihm Anfälle konstatiert wurden.

Bei den Frauen kamen in Tannenhof in 64,5% der Fälle Anfälle vor, also fast genau so oft wie bei den Männern. Auch *Junius* und *Arndt* fanden bei beiden Geschlechtern ungefähr den gleichen Prozentsatz, nämlich etwa 53%, ebenso *Heilbronner* mit 60%. Anderseits konstatierte *Greidenberg*, der der *Sander*schen Hypothese von der Seltenheit der paralytischen Anfälle bei Frauen entgegentrat, dennoch bei den letzteren nur

[1]) Zit. bei *Kraepelin*, Lehrbuch, 1910.

solche in 26,5 % der Fälle gegenüber 36,7 % bei den Männern, wie auch *Hoppe* sie bei den Frauen nur in 29 %, bei den Männern aber in 43 % feststellte. *Behr* fand umgekehrt Anfälle bei 58,3 % der weiblichen Paralytiker gegenüber 51,3 % bei den Männern. Bezüglich einer Änderung im Auftreten der Anfälle bei den weiblichen Paralysen meint *Behr* vielleicht eine kleine Abnahme der Anfälle konstatieren zu können, ohne indessen daraus irgendwelche Schlüsse ziehen zu wollen. — Was das Tannenhofer Material anlangt, so konnte ich eher eine Zunahme als eine Abnahme der Anfälle bemerken.

Ich fasse die Ergebnisse meiner Arbeit folgendermaßen zusammen:

I. Eine Zunahme der Paralyse hat sich bei beiden Geschlechtern weder in Tannenhof noch in den Provinzialanstalten der Rheinprovinz während der letzten beiden Jahrzehnte bemerkbar gemacht. Es zeigte sich sogar eine geringe Abnahmetendenz.

II. Eine zunehmende Demokratisierung der männlichen Paralysen konnte in Tannenhof nicht beobachtet werden. In bezug auf eine aristokratische Tendenz der Paralyse bei den Frauen konnten keine Untersuchungen angestellt werden.

III. Ein geringes Anwachsen des Prozentanteils der ledigen Männer war festzustellen. Die Frauen waren sämtlich verheiratet.

IV. Wesentliche Änderungen im Laufe der Jahre bezüglich des Lebensalters, in dem die Krankheit zum Ausbruch kommt, traten nicht ein. Bei den Frauen waren die höheren Lebensalter mehr bevorzugt als bei den Männern. Das durchschnittliche Lebensalter war bei den Frauen 44 Jahre 6 $^5/_6$ Monate gegenüber 41 Jahre 9 Monate bei den Männern.

V. Die durchschnittliche Dauer der Krankheit betrug bei den Männern 2 Jahre 6 Monate, bei den Frauen 3 Jahre 6,7 Monate. Bei den Männern war eine Abnahmetendenz der Dauer zu bemerken, die aber möglicherweise auf äußere Gründe zurückzuführen ist.

VI. Der Verlauf der Krankheit war in Tannenhof auffallend ruhig. Die demente Form überwog bei beiden Geschlechtern von Anfang an bei weitem, ohne jedoch im Laufe der Zeit eine wesentliche Zunahmetendenz zu zeigen. Ebenso ging die expansive Form in ihrem Prozentanteil nur wenig zurück, was überdies durch die Zunahme der agitierten Form wieder ausgeglichen wurde. Nach den Tannenhofer Re-



sultaten scheint es sich bei dem neuerlichen Überwiegen der dementen Form nicht um eine wirkliche Änderung des klinischen Krankheitsbildes, sondern mehr um eine Folge der früheren Überweisung der Patienten an eine Anstalt und der zweckmäßigeren modernen Behandlungsweise zu handeln.

VII. Remissionen waren bei den Männern relativ häufig, bei den Frauen seltener. Eine geringe Vermehrung der Remissionen im Laufe der Zeit war bei den Männern festzustellen.

VIII. Paralytische Anfälle fanden sich bei Männern und Frauen sehr häufig und in gleichem Maße. Es zeigte sich eine geringe Zunahmetendenz.

Literatur.

1. *Acker*, *Ludwig*, Zur Kasuistik der progressiven Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 44.
2. *Arndt*, *Max*, und *Junius*, *Paul*, Beiträge zur Statistik, Ätiologie, Symptomatologie und path. Anatomie der progress. Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 44.
3. *Ascher*, Beitrag zur Kenntnis des Verlaufs und der Ätiologie der allg. Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 46.
4. *Baer*, *Lucian*, Die Paralyse in Stephansfeld. Inaug.-Diss., Straßburg 1900.
5. *Behr*, *H.*, Beobachtungen über die progressive Paralyse während der letzten 4 Jahrzehnte. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 57.
6. *Berg*, *H.*, Beobacht. üb. d. progr. Paral. b. Frauen. Inaug.-Diss., Bonn 1891.
7. *Buchholz*, Stat. Mitteil. üb. d. Verbreit. d. Dem. paralytica im Regbz. Kassel und den Fürstentümern Waldeck und Pyrmont. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 56.
8. *Eickholt*, Zur Kenntnis der Dementia paralytica. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 41.
9. *Fürstner*, Zur Pathologie der progr. Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 12.
10. *Greidenberg*, *B.*, Über d. allg. progr. Paral. d. Irren bei Frauen. Neurol. Ztlbl. Bd. 17, S. 341.
11. *Gudden*, *Hans*, Zur Ätiologie u. Symptomatlg. d. progr. Paral., mit besonderere Brücksichtigung des Traumas u. d. im jugendl. Alter vorkomm. Fälle. Arch. f. Psych. Bd. 26.

12. *Haßmann*, Beitrag zur Kenntnis d. Verlaufsformen d. Paralys. progr. Psych.-Neurol. Wschr. 1913/14, Nr. 1.

13. *Heilbronner*, Über Krankheitsdauer u. Todesursachen bei d. allg. Paral. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 51.

14. *Hoppe, Adolf*, Statist. Beitrag zur Kenntnis d. progr. Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 58.

15. *Jahrmärker*, Beitrag zur Dem. paralytica beim weibl. Geschlecht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 58.

16. *Joachim, Hans*, Stat. u. klin. Beob. über Veränd. im Vorkommen u. Verlauf d. progr. Paralyse in Elsaß-Lothringen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4.

17. *Jolly, Ph.*, Zur Statist. der Ätiol. u. Symptomatol. d. progr. Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 44.

18. *Junius, Paul*, siehe *Arndt.*

19. *Kaes*, Beiträge zur Ätiol. d. allg. Paral. nebst einleit. allg. stat. Bemerk. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 49.

20. *Kaes*, Stat. Betracht. üb. Ausbruch, Verlauf, Dauer u. Ausgang d. allg. Paral. usw. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 51.

21. *Kraepelin*, Bemerkungen zum *Mendel*schen Vortrag. Neurol. Ztlbl. 1898, S. 1066.

22. *Kraepelin*, Lehrbuch f. Psych., 1899.

23. *Kraepelin*, Lehrbuch f. Psych., 1910.

24. *Krafft-Ebing*, Die progr. allg. Paralyse. Spez. Pathol. u. Ther. v. *Nothnagel*, 1901, IX, 3.

25. *Matthey*, Bericht in der Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 58.

26. *Mendel*, Die progr. Paralyse der Irren. Berlin 1880.

27. *Mendel*, Welche Änd. hat d. klin. Bild d. progr. Paral. in d. letzt. Dezenn. erf.? Neurol. Ztlbl. Bd. 17, S. 1035.

28. *Mohr, Friedrich*, Beob. üb. d. progr. Paral. bei Frauen. Inaug.-Diss., Bonn 1902.

29. *Müller, Oskar*, Stat. Betracht. üb. allg. Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 54.

30. *Obersteiner, H.*, Die progr. allg. Paralyse d. Irren. Wien u. Leipzig 1908.

31. *Pilcz*, Über Änd. d. klin. Bildes d. progr. Paralyse in d. letzt. Dezenn. Wiener med. Wschr. 1908, S. 40.

32. Provinzialausschuß der Rheinprovinz, Jahresberichte 1896/97 bis 1912/13.

33. *Raecke*, Stat. Beitrag zur Ätiol. u. Symptomatol. d. progr. Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 35.

34. *Reinhard*, Beitrag z. allg. progr. Paralyse, mit bes. Berücksicht. d. Syph. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 41.

35. *Sander*, Die paralyt. Geistesstör. b. weibl. Geschl. Berl. klin. Wschr. 1870.



36. *Snell, Otto*, Die zunehmende Häufigkeit d. Dem. paralyt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 44.
37. *Sprengeler, Hans*, Beitr. z. Stat. d. Ätiol. u. Symptomatol. d. progr. Paral. usw. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 56.
38. *Süßmann*, Stat. Beitr. z. Ätiol. u. Symptomatol. d. progr. Paral. Inaug.-Diss., Kiel 1910.
39. *Wollenberg, R.*, Statist. u. Klinisch. z. Kenntn. d. paralyt. Geistesstör. b. weibl. Geschl. Arch. f. Psych. Bd. 26.



Zum manisch-depressiven Irresein und seiner Wahnbildung.

Von

Karl Birnbaum, Berlin-Buch.

Der folgende Fall [1]) bietet mancherlei Besonderheiten, so daß er mir eine Heraushebung aus der gleichförmigen Masse alter Anstaltsfälle, eine ausführliche Wiedergabe und trotz dieser Ausführlichkeit auch die Lektüre zu verdienen scheint. Er gibt im übrigen durch eine sich über nahezu vier Jahrzehnte erstreckende psychiatrische Beobachtungszeit, durch sorgfältige anamnestische Angaben sowie durch zahlreiche klinisch belangvolle objektive Feststellungen aus allen Zeiten seines Lebens und Phasen seiner Krankheit ein ungewöhnlich reiches, in bezug auf Vollständigkeit und Einwandfreiheit allen notwendigen klinischen Anforderungen genügendes Material und gestattet somit — die erste und selbstverständliche Voraussetzung für eine kasuistische Publikation — dem Leser durchaus eine selbständige und abschließende Beurteilung.

E. R., Justizrat, geb. 1851.

Heredität und Familieneigenart: Großmutter mütterlicherseits nach Wochenbett vorübergehend geisteskrank, deren Schwester in höherem Alter psychotisch. In der Familie des Vaters vielfach Schwerhörigkeit vertreten, ein Bruder des Vaters hat getrunken. Der Vater selbst, Jurist, eine ernste, alles schwer nehmende Natur, der sich aber sehr wohl auch über Kleinigkeiten freuen konnte; in älteren Jahren schwerhörig, starb an Phthise. Die Mutter ganz normal, verständig und ruhig. Von 5 Geschwistern starb eins in der Kindheit, eine Schwester war jahrelang infolge Rückenmarksleiden gelähmt; ein Bruder war leichtsinnig, energielos, ohne Arbeitslust, durch Freunde leicht beeinflußbar, machte kein Examen und wechselte den Beruf. Manische Züge, gehobene Stimmung, Unruhe, Betätigungsdrang und dergleichen hatte er nicht. Ein

[1]) Aus der Irrenanstalt Buch der Stadt Berlin (Direktor Geh. Rat Dr. *Richter*).



anderer Bruder normal, nur weniger begabt wie die übrigen Geschwister, eine Schwester nervös. Im allgemeinen sind gute Begabungen in der Familie. Irgendwelche Stimmungsanomalien fehlen durchaus.

Zu erwähnen ist hier noch aus der Familiengeschichte ein äußerer Vorgang, der in der Krankheitsgeschichte des Pat. eine eigentümliche Rolle spielt: die Mutter war viele Jahre in der Familie des Komponisten Meyerbeer im Haushalt tätig, der wohl kaum jüdisch-rituell geführt wurde. Sie hatte es dort sehr gut. Als sie einmal an chronischem Durchfall erkrankte, ging sie mit einem Familienmitglied nach Salzbrunn zur Kur, die ihr auch gut bekam, so daß sie das Leiden los wurde. Ein Jahr vor der Geburt des Pat. — die Kinder waren schnell nacheinander gekommen — wurde sie nochmals auf ärztliches Anraten — der Grund ist unbekannt — nach Salzbrunn geschickt. Auch diese Kur ist ihr gut bekommen, sie erholte sich gut.

Entwicklung und geistige Eigenart: Pat., der als Säugling sehr schwere „Gehirnentzündung“ mit soporösem Atmen durchmachte, später als Kind an krampfhaftem Husten litt, entwickelte sich körperlich und geistig regelrecht, kam auf dem Gymnasium regelmäßig vorwärts, machte mit 20 Jahren das Abiturientenexamen, studierte dann in Greifswald und Berlin und bestand mit 23 Jahren die Referendarprüfung. Danach war er bei den verschiedenen Gerichten tätig, von denen im allgemeinen laut Akten seine Fähigkeiten und Leistungen anerkennend beurteilt wurden.

Als Kind war er so artig, daß es später beim Rückblick allen unnormal erschien. Er war sehr feinfühlend, beschäftigte sich mit ernsten Dingen und dachte über vieles andern Kindern Fernliegende nach. Er wurde deshalb beispielsweise auch — im Gegensatz zu seinem älteren Bruder — zur Einsegnung zu einem freisinnigen Theologen gegeben, damit er keine Gewissensbedenken hätte. Doch war er auch heiter, freute sich über vieles und war ein recht vergnügter Student, gesellig und der denkbar liebenswürdigste Hausgenosse. Von anderer Seite wird immerhin angeführt, daß er still gewesen, wenig Verkehr gepflegt, auch vor sich hingebrütet habe mit der Begründung, er denke innerlich. Seine Stimmungslage soll einer gleichmäßigen Durchschnittsstimmung entsprochen haben, es bestand weder auffallender Stimmungswechsel noch motivlose Heiterkeit oder Traurigkeit. Trübes wollte er allerdings schwer genommen haben, doch machte er sich etwa keine Zukunftsorgen. Auch in der Studentenzeit lebte er nicht weiter auffallend, weder duckmäuserisch noch unsolide, in Greifswald soll er allerdings nach einzelnen Angaben in Baccho et Venere exzediert haben. Pat. machte im allgemeinen nicht den Eindruck eines nervösen Menschen, war allerdings, da er sich nicht ganz wohl fühlte, seit der Studentenzeit um seine Gesundheit besorgt, aber ohne hypochondrische Übertreibungen.

Frühere, insbesondere nervöse Erkrankungen: Mit



13 Jahren war Pat., als sein Vater aus dem bisherigen Wohnort nach Berlin zog, angeblich aus Heimweh einige Zeit sehr niedergeschlagen, nahm körperlich ab und klagte über Schwäche. Der Zustand besserte sich in einigen Wochen unter guter Ernährung.

Als im Jahre 1866 der eine Bruder an Cholera erkrankte, bekam R. solche Angst, daß täglich abends alle möglichen Medikamente an sein Bett gestellt werden mußten. Er fürchtete sich zwar nicht, zu ihm zu gehen, bildete sich aber ein, er bekäme die Halsschwindsucht und würde so schnell sterben, daß er den Einzug der siegreichen Truppen nicht mehr erleben würde. Das verlor sich von selbst wieder. Er kam dann zur Erholung nach seiner Geburtsstadt. Nach der Rückkehr von dort war er sehr nervös und litt an hartnäckiger Verstopfung. Im übrigen soll er schon als Primaner geäußert haben, er könne seine Gedanken nicht fassen, und war selbst mit seinen Arbeiten unzufrieden.

1868 klagte er über Ohrensausen, das ihn auch später nicht recht verließ und dessentwegen er auch eine Kur in Salzbrunn durchmachte. Badekuren (in Kissingen, Nauheim usw.) hat er auch späterhin — 1871, 72, 75 — mit wechselndem Erfolge versucht. 1870 machte es ihn unglücklich, daß er wegen seiner Krankheit vom Kriege fortbleiben mußte, und ebenso auch, daß sein Wunsch, zur Marine zu gehen, wegen ungenügenden ärztlichen Attestes nicht in Erfüllung ging.

Erste geistige Erkrankung.

Beginn: Pat. hatte in den 70er Jahren mehrere Male heftige Gonorrhöen gehabt und wegen einer Striktur längere Kuren durchmachen müssen, wodurch er sehr deprimiert geworden war. 1875 bekam er einen schweren und lange eiternden Bubo, infolgedessen sein Kräftezustand auffallend reduziert wurde. Im Herbst 1875 wurde er ärztlich wegen seiner geschwächten Kräfte und seiner bedeutenden Nervosität nach Helgoland geschickt. Von da kehrte er so gestärkt zurück, daß er seine juristische Tätigkeit wieder aufnehmen konnte. Bald stellte sich jedoch sein Leiden, das hauptsächlich in arbeitstörendem Ohrensausen und Druck in der Schläfengegend bestand, wieder ein. Ärztliche Atteste aus dieser Zeit sprechen von nervösem Kopfschmerz und Zerrüttung des Nervensystems, an der hauptsächlich die Kopf- und Rückennerven beteiligt seien. Die Beschwerden verstärkten sich schließlich so, daß R. Ende 1876 aus eigenem Antrieb ohne ärztliche Verordnung eine Kaltwasserheilanstalt aufsuchte. „Das ist der letzte Versuch, den ich mache," erklärte er, „ich will gesund werden, um meiner Mutter und meinen Schwestern eine Stütze zu werden." Er forcierte die Kur einige Monate hindurch sehr stark, verlobte sich im übrigen, wiewohl er früher geäußert, er würde sich vor beendeter Karriere nie auf einen solchen Schritt einlassen, mit der Tochter des Anstaltsarztes — und kam anscheinend sehr wohl und neu ermutigt und leistungsfähig zurück. Doch bald kehrten die Kopfbeschwerden in erhöhtem Maße wieder. Sie hinderten ihn an jeglicher Tätigkeit, an jeder Lektüre, überhaupt,



wie er sich ausdrückte, an jedem Denkvermögen. Er wurde stärker deprimiert und machte sich die größten Sorgen um die Zukunft, da er nie wieder arbeiten zu können glaubte, seine pekuniären Mittel durch die Kuren und dergleichen sehr verringert sah und er zudem jene Verlobung eingegangen war. Der Zustand verschlimmerte sich dann so, daß er nachts nicht schlafen konnte, auch aufgeregt war, nicht allein sein mochte, weil er sich „vor seinen Gedanken fürchte". Abends beim Einnehmen des Schlafmittels mußte die Schwester, an der er mit großer Zärtlichkeit und Leidenschaftlichkeit hing, an seinem Bett sein, als ob er Schutz bei ihr suchte. Er machte sich Vorwürfe, daß er mit der Verlobung ein fremdes Leben an sich gebunden, bat die Schwester, abzuschreiben, versuchte auch zweimal, sich das Leben zu nehmen, was er für seine Pflicht hielt, da sich ihm weiter keine Aussicht für die Zukunft biete. Der behandelnde Arzt fand ihn sehr elend und körperlich reduziert. Er klagte nun hauptsächlich über Beschwerden in den Geschlechtsorganen, Ziehen, Druck und Schmerz in den Hoden, wollte ganz abnorme Erscheinungen in bezug auf die Geschlechtsfunktionen entdeckt haben und hielt sich für unheilbar impotent infolge seines früheren Lebenswandels. Da er sich dessen bewußt sei, müsse er sich schämen und könne sich nirgends sehen lassen. Sein Kopfleiden entspringe hieraus. Er glaubte, es könne nicht mehr lange mit ihm dauern. Er blieb den ganzen Tag im Bett oder lief viel unruhig umher, wobei die Schwester ihn begleiten mußte. Er soll auch inbrünstig gebetet, zuweilen plötzlich ein grinsendes Lachen geboten haben: „Ich merke es, ich kann es nicht mehr aushalten." „Da kommen wieder die bösen Gedanken." — „Ach, lieber Gott, schicke mir den Friedensengel, daß ich nicht Hand an mich lege," äußerte er u. a. Er sprach auch oft Worte zehnmal hintereinander, da er das richtige Wort nicht finden konnte, und fragte immer, wie ist die Sache. Schließlich wurde Anstaltsbehandlung nötig. Ende März 1877 ging er freiwillig in die *Kahlbaum*sche Anstalt, nachdem er einige Tage in einer andern gewesen, von dort aber wegen des Zusammenseins mit schweren und ungebildeten Kranken dringend fortgestrebt hatte.

Höhestadium.

Das Krankheitsbild, das R. während des nun folgenden fast einjährigen Anstaltsaufenthalts bot, ergibt sich in Umrissen aus einem von *Kahlbaum* selbst im April 1878 kurz vor R.s Entlassung abgegebenen ärztlichen Gutachten:

„Herr Referendar E. R. aus Berlin kam am 27. März 1877 zur Kur in meine Anstalt. Er war schlecht genährt, anämisch, organische Störungen waren nicht aufzufinden. Er klagte namentlich über allerlei schmerzhafte Beschwerden im Unterleib, aber von wechselndem Charakter und hysterischer Form, ferner über abnorme Sensationen im Kopf und im gesamten Körper, ebenfalls wechselnd und in hysterischer Ausprägung. Dabei machte er sich Vorwürfe, daß er seine Zeit stets sehr schlecht benutzt habe, daß er liederlich gelebt habe



und daß er stets ein unliebenswürdiger und sehr ungenügend begabter Mensch gewesen wäre, ganz entgegengesetzt dem Urteile seiner Angehörigen. Ferner klagte er über Mangel an Schlaf, behauptete zuweilen, gar nicht geschlafen zu haben, obwohl wiederholt konstatiert werden konnte, daß er geschlafen habe. Sein Schlaf war aber in der Tat meist sehr leise und auch oft ungenügend. Er blieb gern lange zu Bett und bewegte sich entweder gar nicht oder wurde unruhig im Garten oder Korridor auf und ab getrieben. Gesellig war er meist sehr nett, zugänglich und verständig. Ferner klagte er über vollständigen Mangel an Appetit und Geschmack und nahm sehr ungern, oft nur unter dringender Nötigung, Nahrung zu sich. Selbsttötungsgedanken kamen zeitweise mehr oder weniger dringlich vor und forderten zu sorgfältiger Bewachung auf.... Es zeigte sich ein gewisser Wechsel in seinen krankhaften Ideen und Stimmungen und eine wechselnde Intensität in ihrer Äußerungsweise; doch war eine steigernde Besserung nicht zu erzielen, und seit Januar d. J. hat sich die ganze Geistestätigkeit auf eine Idee konzentriert, sein ganzer Organismus sei vom Mutterleibe her verdorben, und zwar dadurch, daß die Mutter vor seiner Geburt den Salzbrunner Brunnen gebraucht habe. Sein Körper habe dadurch die Disposition erhalten, zu versteinern. Diese Idee wurde im wesentlichen auch dadurch nicht geändert, daß ihm die Mutter den Nachweis führte, daß seine Voraussetzung völlig falsch sei, die Idee, versteinert zu sein oder in der Versteinerung begriffen zu sein und als solcher ein Wunder der Natur darzustellen, ist bei ihm fest geblieben und hat sich mit seinen übrigen melancholischen Ideen eng verknüpft."

Diese allgemeine Schilderung sei durch folgende Einzelheiten ergänzt:

Bei der Aufnahme März 1877 hatte R. selbst das Bedürfnis, sich über seine Krankheit auszusprechen, über deren Entstehung und Verlauf er, wie das Überweisungsschreiben des Hausarztes besagt, selbst die genausten und zuverlässigsten Angaben macht. In einer kurzen Mitteilung an die Angehörigen schrieb er über seinen Aufenthalt: „Man hat hier die beste Aufnahme von der Welt, die Gesunden fühlen sich alle recht wohl, wollte Gott, ich gehörte dazu; hoffentlich wird das noch kommen." Er klagte über Schmerzen im Magen, Völle im Unterleib, wollte nicht geschlafen haben, erging sich in ausführlichen Ergüssen, er habe viel gesündigt, er hätte sich schon längst das Leben nehmen sollen, aber die Liebe zu seiner Mutter und seine Charakterschwäche hätten ihn davon abgehalten. Man solle sich nicht wundern, wenn er mal im Starrkrampf läge.

Im April schrieb er in einem Briefe: „Vor meinem gräßlichen Ende, das mit jeder Stunde näherrückt, mit der sicheren Aussicht auf den ewigen Tod bin ich hier eingesperrt. Der lebendige Gott hat mich allein von allen Menschen verflucht und mit Leib und Seele dem ewigen Tode überliefert. Seit vier Wochen bereits bin ich ein faulender Leichnam. Mein Schicksal ist, bei lebendigem Leibe den Würmern und Maden zur

Speise zu dienen. — Ich habe nur noch dumpfes Bewußtsein. Das Gericht Gottes ist mir aufgegangen, seitdem weiß ich, was mir bevorsteht. Ich bin schon vernichtet innerlich durch die ewige Angst vor dem ewigen Tode, dem ich nicht entrinnen kann." — Dabei ließ er sich durch Einwendungen etwas beruhigen und wurde auch durch freundliche Annäherung angenehm beeinflußt. Sein Verhalten war wechselnd, bald lag er den ganzen Tag im Bette und erwartete das Ende, bald war er tagüber auf und war munter. Er drängte nach Hause, um vor seinem jeden Augenblick zu erwartenden Ende seine Angehörigen noch einmal zu sehen. „Er machte", heißt es in der Krankengeschichte, „diese Mitteilungen in eigentümlich ruhigem, man möchte sagen, kaltem Ernst; die dagegen geäußerten Trostesworte, die Versicherung, daß er bestimmt noch einmal gesund werde, nahm er anscheinend gern an." Gelegentlich spielte er Karten, Billard, ging mit andern Patienten spazieren, unterhielt sich und war überhaupt angeregter und geweckter. Zum Essen mußte er öfter genötigt werden. Einmal fand man ihn kniend im Bett, die Hände schwebend über der Lehne und den Oberkörper rechts und links wiegend. Zum Arzneinehmen sperrte er hierbei den Mund auf, schluckte herunter und ließ sich in der Wiegebewegung nicht stören. Ähnliche Bewegungen sollen auch sonst schon öfter beobachtet worden sein. Zu anderer Zeit rannte er fortwährend — wie er sagte, „rasend" — auf dem Korridor umher. Wenn er auf war, war er ebenso schwer ins Bett zu bringen wie umgekehrt aus dem Bett. Er machte zu Zeiten einen freieren Eindruck, lächelte auch, rauchte Zigarren, brachte aber auf Befragen seine Ideen wieder vor.

Im Mai schrieb er: „Ich habe niemals Leben in mir gehabt und sinke immer tiefer in den geistigen Tod, nur noch ein schwacher Schimmer von Licht in meinen Augen. Hätte ich wie alles Erschaffene vom ersten Augenblick an Liebe zu allem, was mich umgab, gehabt, ich hätte wie ihr und alle das ewige Leben; so ist mir der ewige Tod bestimmt; bald wird die Welt das Unerhörte hören, daß einer von allen Menschen bei lebendigem Leibe verwest ist. Euch allen blüht ja ewiges unendliches Glück im Verein mit allem Lebendigen. Vom Augenblick meiner Geburt bin ich hingegesunken in den ewigen Tod, stets nur an mich denkend, weder Eltern noch Geschwister noch die andern Menschen liebend und darum nichts erfassend, nichts erkennend von dem unendlichen Reichtum des Lebens." — Er stand auch nachts öfter auf und wanderte im Zimmer umher, oder er ging den ganzen Tag in der Stube umher und meinte, es könne am Ende auf die Augen schlagen. Einmal kratzte er auch, im Bette kniend, auf dieses. Beim Arzneinehmen erklärte er gelegentlich, er könne den Betrug nicht länger fortsetzen, daß er ein lebendiger Mensch sei, er sei lauter Materie. Bei Tische äußerte er, er wolle eingegraben sein, wenn er dann wenigstens so klares Wasser bekäme wie hier. Auf den Einwand: begraben würde er doch nichts zu trinken haben, gab er zur Antwort:



Das müßte er sich dann auch schon gefallen lassen. Einmal saß er im Bett, beide Hände in den Haaren, den Kopf nach vorn gezogen. Von den andern abgesondert sitzend und dem Arzt freundlich entgegenlächelnd, erklärte er auch, er sei zu keiner Entwicklung gekommen, er sei nur Materie. Er sei das böse Prinzip, sagte er ein andermal.

Im Juni beteiligte er sich in Gesellschaft beim Vorlesen, schob auch Kegel, spielte Billard und machte überhaupt im ganzen einen freundlicheren Eindruck. Andrerseits lief er auch die ganze Nacht im Hemd umher oder wiegte sich im Bett. Wenn Stühle rings herum im Zimmer gestellt wurden, wand er sich dann vorsichtig zwischen durch. Zeitweise war er mürrischer, unzufriedener. Beim Nötigen zum Klystier erklärte er: „Da kommen ja meine Henker.“

Im Juli sprach er zu andern voller Hohn von seinem bevorstehenden Geburtstage, er werde ein großes Fest geben. Am Geburtstage selbst machte er eine Spazierfahrt und war ziemlich munter, wollte auch gut geschlafen haben, während er sonst immer volle Schlaflosigkeit behauptete. Im Gegensatz zu seiner früheren Bitte, man möge ihn, weil nicht Mensch, lebendig begraben, äußerte er jetzt davor eine ängstliche Besorgnis. Er versuchte u. a. einen Brief an seine Angehörigen herauszubefördern, überließ aber dann dem Arzt, was er bezüglich der Absendung für richtig halte. Er erklärte des weiteren, er habe keine Verdauungsorgane; die Ausleerungen enthielten die unveränderten Speisen. Als der Arzt versprach, sich davon zu überzeugen, war er ganz beruhigt und sagte dann einem andern Patienten, er drücke ihm wohl das letzte Mal die Hand. Wenn der Arzt sich durch Untersuchung des Stuhls überzeugt habe, daß er keine richtigen Verdauungsorgane habe, werde er heute abend fortgebracht werden. Auf die Gegenfrage: Wenn aber normaler Stuhlgang festgestellt werde? antwortete er :„Dann würde er mich zum glücklichsten Menschen machen.“ — Beim Krocketspiel meinte er, als seine Partei verlor, die Partei, mit der er spiele, könne überhaupt nicht gewinnen. Einmal sagte er: „Meine Mutter kann von mir nichts wissen, ich weiß nichts von ihr, ich habe gar nicht mit ihr zusammengelebt.“

Im August war er zeitweise heiterer, erklärte selbst, es ginge besser, machte Witzchen und war bei einem größeren Ausflug meist vergnügt und gesprächig. Nachher äußerte er, er sei jedesmal, wenn er ein Stück Welt gesehen hätte, sehr traurig, und er wüßte nicht, ob er die Schönheit der Welt jemals würde genießen können. Im Gespräch mit einem andern Patienten erzählte er, er sei in jeder Beziehung von der Natur vernachlässigt, eine Mißgeburt der Schöpfung mit zu wenig Adern, Hirnmasse, Nerven, ohne Eingeweide usw. Er fühle das Essen auf den Boden der Höhle im Bauch herunterfallen. Es werde sich bald jemand seiner erbarmen und ihn in einen tiefen Abgrund schleudern. Aller dieser Dinge sei er erst klar geworden, als er anfing, ein wenig selbständig zu denken, d. i. im ersten Universitätssemester.



Bei einem Versuch, die Anstalt zu verlassen, überrascht, stellte er ihn ärgerlich in Abrede, war dann nachts unruhig, stand auf, schlug sich mit den Händen an den Kopf und klagte nachher über Kopfschmerzen. Zu andern Zeiten klagte er über brennende Hitze im Kopf und im ganzen Körper oder über innere Unruhe. Er meinte vor innerer Hitze zu verbrennen, er sei ganz ausgetrocknet. Trotzdem nahm er auch an einer Bergbesteigung teil. Bei einem andern längeren Spaziergang war er teilweise sogar recht angeregt. Seine Angehörigen, denen er lange nicht geschrieben hatte, wollte er unter allen Umständen noch einmal sehen.

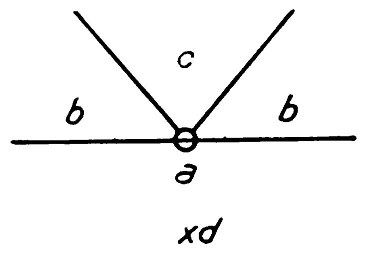
Im September blieb er einmal tagüber im Bett, kniete stundenlang darin, las Flocken, Fädchen aus dem Bettbezug heraus, rollte die Bettdecke bald zu sich heran, bald von sich weg und stopfte das Bettuch sorgfältig über das rotgestreifte Unterbett, indem er erklärte, Rot und Weiß könne er nicht ansehen. Er behauptete, nicht lesen, nur buchstabieren zu können, diktierte aber dabei einem Patienten eine ganz korrekte Schenkungsakte fließend. Den Arzt quälte er um ein Lehrbuch der Physiologie. Statt brennender Hitze klagte er vorübergehend über starkes Frostgefühl, so daß er sich früh morgens einen dicken Winterrock anzog. Nachher war ihm wieder sehr heiß. Gelegentlich war er heiter und erzählte Anekdoten von sich selbst. Zeitweise fühlte er sich matt, lief vor Angst im Zimmer umher, war deprimiert, beängstigt, unglücklich, verzweifelt, wünschte seine Mutter zu sehen, glaubte, binnen Jahresfrist als besondere Merkwürdigkeit in Kastans Panoptikum zu kommen, während er dann wieder bei Spazierfahrten sehr munter war, abends Billard spielte, sich sehr lebhaft unterhielt, viel lachte usw.

Im Oktober lief er nach einer tags vorher unternommenen Spazierfahrt in großer Verzweiflung und in halbem Weinen im Zimmer umher und brachte seine alten Hirnideen wieder vor: Nächstens gehe die neue Phase seines Lebens los, er werde in ein tiefes Loch geworfen, wo er bis in den Mittelpunkt der Erde fallen werde und ewig pendeln und brennen müsse. — Bei Gelegenheit eines Gespräches mit einem andern Patienten über die weibliche Periode fragte er, ob die Frauen dies vorher wüßten, und als jener das bejahte, fuhr er auf mit den Worten: Na, dann habe er nicht Schuld, dann sei es Schuld seiner Eltern. Er wünschte dann seine Mutter zu sprechen, er habe ihr eine delikate Frage vorzulegen: Warum sie ein solches Unglückswurm wie ihn in die Welt gesetzt habe? — In einem Briefe schrieb er damals u. a.: „Ich bin kein Mensch, überhaupt kein lebendes Wesen. Die ewige Verdammnis, die Gott über mich verhängt hat, steht unwiderruflich fest, doch weiß ich nicht, ob ich von Anfang an boshaft mit Bewußtsein das göttliche Geschenk des Lebens selbst vernichtet habe oder mein Schicksal eine bloße Laune der Natur, ein Zufall ist, was ich jetzt annehmen muß, nachdem ich vergeblich mein Denken aufgewendet habe, um meine Schuld



an meinem Schicksal zu erkennen.“ Auch ist in dieser Zeit ebenso wie in den folgenden Monaten von teilweise gutem Schlaf, engem Verkehr mit andern Patienten, Billardspiel, reichlicher Lektüre, animierter Unterhaltung z. B. über studentische Verhältnisse, Exkursionen, munterer Teilnahme an Abendgesellschaft mit Theatervorstellung usw. die Rede, umgekehrt freilich auch von schlechtem Schlaf, Klagen über innere Hitze und dergleichen.

Anfang 1878 entwarf er einem Patienten eine Zeichnung von der Entstehung des Menschen: a bedeute den Entstehungsort, b die Menschen, die nichts Gutes im Leben zu erwarten haben, c die guten Tage der Menschen und die dazu Auserwählten, d ihn allein unabhängig von allen andern. Des weiteren äußerte er sich dahin: „Ich würde gern das Opfer annehmen, das mir meine Mutter mit dem hiesigen Aufenthalt bringt, wenn ich die Hoffnung haben könnte, es einmal zu vergelten. Es muß mich ja jeder für eigensinnig und niederträchtig halten. — Ich möchte mit meiner Mutter Rücksprache nehmen, um sie nach vielem einzelnen zu fragen und um ihr vieles ins Gedächtnis zurückzurufen, daß ich die ganze Zeit, seit ich geboren bin, kein Lebenszeichen von mir gegeben habe, daß ich mit der Familie nicht zusammen gelebt habe, daß ich kein Interesse für sie gehabt habe“ usw. Dabei sprach er mit einem andern Patienten ganz klug über juristische Dinge, diktierte ihm Briefe und dergleichen. Für seine Krankheit, die Notwendigkeit seines Anstaltsaufenthalts zwecks Heilung zeigte er kein Verständnis.



Er fragte den Arzt, wie lange er ihn eigentlich noch dabehalten wolle. — Mit einem unendlich freundlich bittenden Gesuch bat er einmal den Arzt, doch seinen Urin zu untersuchen, damit die andern gerettet würden, es sei ihm ja ganz gleich, er möchte nur, daß aus dem großen Unheil, das er habe, wenigstens den andern ein Vorteil erwüchse. Er befinde sich in einem Zustande der Versteinerung, er habe erst geglaubt, daß er bei seiner Geburt etwas versehen habe, aber das sei ja lächerlich und unmöglich, er sei dadurch versteinert, daß seine Mutter vor seiner Geburt in Salzbrunn eine Kur gemacht habe und durch den Salzgebrauch jede nötige Schleimabsonderung bei ihr aufgehört habe. Er sei ein Opfer der Naturgesetze. Wegen dieser hypochondrischen Verrücktheitsspekulation oft von einem anderen Patienten verhöhnt, ließ er sich das ziemlich gefallen, gab zuweilen aber auch ein derbes Wort zu hören und bat hinterher um Verzeihung. Auch sonst erzählte er seine Leidensgeschichte und sagte u. a.: „Und die es verschuldet hat, lebt in Herrlichkeit, und ich bin zu ewiger Qual verdammt.“ Er verlangte ein Neues Testament, um in der Offenbarung Johannis zu forschen, und schrieb



in einem Briefe an seine Angehörigen, indem er in der erwähnten Art die Ursache seines Leidens schilderte: „Was in der Offenbarung Johannis geweissagt, ist eingetroffen, das Tier mit den tönernen Füßen ist gekommen, ich bin es und werde geworfen werden, da, wo das ewige Feuer brennt, das heißt, da von einer Auflösung bei mir niemals die Rede sein kann, wird man mich in irgendeinen Abgrund, eine Kloake werfen, wo mich die Wut der Elemente in Ewigkeit quälen und zermalmen wird.“ Er verlangte dabei, daß seine Angehörigen ihn sofort holten, damit seine Geschichte in Berlin bekannt werde und nicht noch ein zweites Opfer falle. Den ausführlichen, von den Angehörigen geführten brieflichen Nachweis des faktisch Unrichtigen der Unterlagen für seine selbstquälerischen Spekulationen beantwortete er mit charakteristischer Dialektik. Als einmal von ärztlicher Bestimmung und Hausordnung die Rede war, erklärte er: „Jaja, ich weiß schon, das ist auch ein Arzt gewesen, der mich um alles Glück gebracht hat.“ Manchmal hatte er sehr verzweifelte Tage. Als er baden sollte, sagte er weinend, er könne nicht dableiben, er könne den Anforderungen der Anstalt nicht genügen. Auf Rauchen legte er großen Wert. Auf den Widerspruch mit seinen Ideen dabei hingewiesen, meinte er zur Begründung, das sei noch die einzige Bewegung, die er habe. Bei Gelegenheit eines Geburtstages verfaßte er übrigens einmal ein Gedicht.

Aus den allgemeinen Monatsüberblicken der *Kahlbaum*schen Krankheitsgeschichte sei schließlich noch zur Charakteristik von R.s psychischem Verhalten der Bericht vom Februar 1878 angeführt: „Betrübt, sonst ruhig und zugänglich für freundliche Annäherung. Hält sich für ein Opfer der Zivilisation, trägt aber sein Geschick mit Ruhe und Würde. Die Wahrheit seiner Behauptungen werde schon eines Tages ans Licht kommen. Pat. denkt viel und ist in der Unterhaltung mit andern Bekannten auch durchaus nicht wortkarg. Er zeigt dabei Klarheit und ein gutes Gedächtnis. Er erwähnt in seinen Gesprächen öfter seine Angehörigen und hat jedenfalls bedeutendes Interesse für geistiges Leben, wenn er auch vor der Hand nicht den Trieb hat, etwas zu lesen und zu schreiben. Pat. bewegt sich viel, meistens jedoch im Zimmer. In der letzten Zeit geht er aber auch regelmäßig im Garten spazieren, wobei er sich mit einigen näheren Bekannten ganz nett unterhält. Die Abendstunden verbringt er auf dem Korridor in derselben Weise wie im Garten, promenierend und plaudernd.“.

Besonders bezeichnend ist ein von R. selbst verfaßter Krankheitsbericht:

„Görlitz am 5. Februar 1878.

Aufgefordert von Herrn Direktor Dr. Kahlbaum, schreibe ich folgendes nieder:

Ich befinde mich seit meiner Geburt in dem Zustande geistiger und körperlicher Leblosigkeit. Ich kenne nichts weiter



als einen Schimmer von hell bei Tage, von undurchdringlicher Finsternis des Nachts, ein Gefühl entweder von furchtbarer Hitze oder großer Kälte, je nachdem die mich umgebende Temperatur warm oder kalt ist. Dabei leide ich an einer vollständigen Blutleere, Saft- und Kraftlosigkeit: alles in allem muß ich behaupten, daß ich eine Negation alles Lebens bin, alles Wachsens, Entstehens und aller Bewegung. Mein Körper hat niemals Stoffwechsel gehabt; es sind überhaupt von Anfang an gar keine Stoffe in ihm gewesen, wie sie überall in der Welt, und hauptsächlich in der animalischen vorhanden sind. Mein scheinbarer Körper ist mit einem Worte eine unauflösliche Masse, ohne jeden Zusammenhang mit der Welt und dem ewigen Kreislauf und Wechsel der Kräfte und Stoffe in der Natur.

So habe ich das Dasein von Anfang an als eine grauenhafte endlose Qual, als einen entsetzlichen hoffnungslosen Zustand, als schreckliche Vereinsamung und Armut empfunden, habe von der Welt und dem Leben vor meiner Entstehung und während der Zeit, daß ich hier existiere, keine Ahnung, bin kaum mit jemand in Berührung gekommen, kenne nichts als Einsamkeit, Grauen, Hoffnungslosigkeit, ewige Nacht und Abgeschiedenheit.

Lange, lange habe ich mich vergebens gequält mit der Ergründung, woher denn dieses Elend für mich entstanden, während sonst alles geboren wird zum Leben, zum Glück und zur Freude. Endlich glaube ich das Richtige gefunden zu haben.

Meine Mutter ist von Hause aus schwächlich gewesen. In ihrer Jugendzeit, ich glaube zwischen dem 16. und 20. Lebensjahre, wurde sie, weil sie, soviel ich weiß, an heftigem Darmkatarrh litt, nach Salzbrunn in Schlesien in das Bad geschickt. Es ist ihr das Bad damals sehr gut bekommen, sie hat ihre Beschwerden damals vollständig verloren. Mit dem 28. Jahre verheiratete sie sich mit meinem Vater, dem bereits verstorbenen Justizrat R., einem in jeder Beziehung bedeutenden Manne. Vor mir erzeugten beide 5 Kinder, von denen das älteste bald verstarb. Zwei Schwestern und zwei Brüder von mir sind am Leben und in jeder Beziehung taugliche, brauchbare, ja hochbegabte Menschen.

Meine Mutter hat schon oft geäußert, daß sie niemals sich so wohl befunden, wie während der Zeit ihrer Schwangerschaften, und habe sie niemals dabei über irgend etwas zu klagen gehabt. Es ist also wohl anzunehmen, daß ihr Körper damals durchaus gesund und normal gewesen ist. Das letzte der bezeichneten 5 Kinder ist im September 1849 geboren. Im Juli 1850 ging meine Mutter, selbst vollkommen gesund, wieder nach Salzbrunn, weil ihr ältestes Töchterchen, welches hals- und brustleidend war, die dortigen Quellen gebrauchen sollte. Meine Mutter hat damals — ob auf Verordnung des Hausarztes Dr. *G.*, welcher heute noch in Grünberg in Schlesien lebt, weiß ich nicht, ich glaube das aber kaum, — weil der Brunnen ihr vor langen Jahren, als sie wirklich leidend war, so vortreffliche Dienste getan, ohne jede weitere Veranlassung die dortige Hauptquelle



getrunken. Der Erfolg hat gelehrt, daß ihr derselbe durchaus geschadet hat. Es hat sich seitdem bei ihr eine so vollkommene Verstopfung eingestellt, daß sie regelmäßig nur alle 8 Tage nur einmal zu Stuhle geht, sie leidet seitdem an einer merkwürdigen Schwerfälligkeit und Schwäche, ist durchaus schlecht ernährt, obgleich sie stets guten Appetit hat, leidet viel an Brust- und Rückenschmerzen, an Alpdrücken des Nachts. Meine Meinung geht nun dahin, daß der Gebrauch der Salzbrunner Quelle — weil meine Mutter damals vollkommen gesund gewesen, und am allerwenigsten an einer Überproduktion der Schleimhäute gelitten hat, die Schleimhäute ihres Körpers vollständig erschlafft und dadurch den Stoffwechsel in ihrem Körper so gut wie aufgehoben hat. Dieser Zustand hat sich zunächst der Schleimhäute des Gebärapparats bemächtigt und dort an entscheidender Stelle den zum Entstehen des neuen Lebens durchaus notwendigen Stoffwechsel aufgehoben, d. h. die bereits vom Eierstock losgelöste Zelle ist durch die Eintrocknung der sie umgebenden und fortbewegenden Schleimhäute selbst vertrocknet, sie hat zunächst nicht via menstruationis entfernt werden können. Noch ehe der nötige Fluß an der betreffenden Stelle wieder eingetreten, hat die Begattung stattgefunden, und es hat der männliche Same mit der vertrockneten Zelle zu der unauflöslichen Masse sich verbunden, die ich vorstelle.

Es klingt dies gewiß unglaublich, ja unmöglich. Der lebende Mensch, zumal der Arzt, wird sagen und hat mir gesagt: Das ist unmöglich, es ist noch nie vorgekommen und kann deshalb nicht geschehen, weil es eine Abweichung wäre von dem ewigen unverrückbaren Naturgesetz.

Daß bis jetzt in der bekannten Welt ein solcher Fall noch nicht vorgekommen, glaube ich selbst: es wäre bekannt geworden, so wie es mit meinem Falle geschehen wird.

So bin ich der erste und gewiß auch der letzte; denn nachdem die Richtigkeit meiner Behauptungen konstatiert sein wird und der Welt klar vor Augen gelegt sein wird, wird auch die Ursache dieses grauenvollen Schicksals erkannt werden, und es wird ein zweiter derartiger Fall durch Beobachtung der nötigen Vorsichtsmaßregeln unmöglich.

Deshalb bitte ich immer und immer wieder um die Untersuchung meines Urins, meines vermeintlichen Kotes, um mikroskopische Untersuchung meiner Haare, um Okularinspektion meiner Augen usw. Wie leicht, wenn diese Bitte unerfüllt bleibt, kann einen Zweiten dasselbe Schicksal treffen. Wäre ich doch verschont geblieben, lebte ein glückliches Geschöpf als Mensch oder Gewürm in Gottes schöner Welt im Verein mit allem Lebendigen ein herrliches, ewiges Leben, während so vor mir und hinter mir liegt die Ewigkeit voll Nacht und Grauen, Angst, Einsamkeit und endlosen stets wachsenden Folterqualen.

Und ich weiß, welch tückischer Zufall mir dieses Schick-



sal bereitet, welch teuflisches Spiel das mir bestimmte ewige Licht in ewige Nacht verwandelt hat. Noch lebt meine Mutter, um meine Angaben zu bestätigen, noch lebt der frühere Hausarzt in Grünberg, noch also ist es Zeit, diese Lücke im menschlichen Wissen auszufüllen, damit nur ein Opfer fällt und das noch Ungeborene bewahrt bleibt. Mich konnte keine Macht der Erde retten, die Vorsehung wollte mein Elend, um andere zu bewahren. So bin ich doch wenigstens zu etwas gut.

Wo die Kraft der Natur erstickt wird durch Gewaltmittel in dem Augenblick, wo sie neues Leben schaffen will, da muß auch sie unterliegen, und ewiges Elend entsteht statt einer Welt voll ewigen Glückes und ewiger Freude.

Ich bin verloren, begraben im Weltall für alle Zeit, losgelöst aus dem großartigen ewigen Kreislauf.

Was mir erspart geblieben wäre, wenn es einen anderen vor mir getroffen hätte, durch mein Schicksal soll es allen kommenden Geschlechtern erspart bleiben.

Alles Wissen ist nur Sache der Erfahrung, der Anschauung. Kommt und überzeugt euch, was mit mir geworden, rettet, was sonst auch verloren sein kann.

Ich habe keine Stätte, keine Heimat, keine Ruhe, kein Licht, kein Glück und keinen Frieden in alle Ewigkeit. Ernst R."

Anfang April 1878 wurde R. schließlich auf *Kahlbaums* Rat nach Hause genommen. *Kahlbaum* hielt es, wie er sich gutachtlich äußerte, „bei dem sehr dringenden Verlangen des Patienten, zu seiner Mutter zu kommen, für des Versuchs wert, durch Erfüllung seines Wunsches und Versetzung in die längere Zeit entbehrten Familienverhältnisse mächtig auf sein Gemüt einzuwirken und so eine vorläufige Besserung zu erzielen".

Eine Diagnose findet sich in der *Kahlbaum*schen Krankengeschichte nicht. *Kahlbaum* selbst spricht in seinen ärztlichen Attesten von hypochondrischer Nervenkrankheit, tiefer Nervenverstimmung und dergleichen.

R. war nur ein paar Wochen zu Hause, war traurig gestimmt, weinte, wenn er Klavier spielen hörte, lag viel im Bett und mußte nachts wegen seiner Schlaflosigkeit jemand bei sich haben. Er hatte für nichts Interesse, sprach vom ewigen Stein- und Feuertode usw. Dem leichtsinnigen Bruder redete er ins Gewissen, er sollte umkehren und der Mutter eine Stütze sein; denn er selbst wäre doch kein Mensch. Da es länger zu Hause nicht ging, brachte man ihn schon Ende April 1878 in die Nervenklinik der Kgl. Charité.

In der Charité gab er an, er habe niemals sich beschäftigen, denken oder arbeiten können, habe nicht mit andern Kindern spielen können, sei, hinausgeschickt, immer gleich wiedergekommen, habe fast nur Lesen und Schreiben gelernt, in den Sprachen nur Fortschritte gleich Null gemacht. Das Examen habe er zu seiner eigenen Verwunderung gemacht. Er habe als Student höchstens mit einem, den er schon früher kannte, verkehrt,



in seinem ganzen Leben sei er höchstens mit 1000 Menschen in Berührung gekommen. Er sei zuweilen zu Frauenzimmern gegangen, habe jedoch sonst keine Neigung zu geschlechtlichem Verkehr gehabt.

Er habe von Anfang an nichts als Angst und Grauen gekannt, weder Freude noch Scherz. Das Dasein der Welt sei ihm überhaupt erst in der letzten Zeit zum Bewußtsein gekommen. Er habe von vornherein nie eine Bewegung in seinem Körper verspürt und habe keine Sinneswahrnehmungen. Er kenne nur Zeit, Gefühl von Hitze oder Kälte und einen Schimmer von Hell oder absolute Finsternis. Er kenne nur die Zeit als solche, die Zeit sei der einzige Artikel, der nicht geschaffen zu werden brauche. Das Gefühl der Langenweile drücke ihn. Er komme sich wie in einer Kapsel steckend vor, er müsse noch eine Wanderung zu den Unterirdischen antreten, und zwar müsse er deshalb auf irgendeine Weise unter die Erde, doch sei es eigentlich keine Wanderung, da er ja eine Veränderung nicht erleiden könne.

„Ich stehe außer allem Zusammenhang des organischen Lebens. Sobald wie etwas aus meinem Gesichtskreis entschwunden ist, ist es mir unmöglich, eine Vorstellung davon zu machen; ich kann mir überhaupt in diesem Zimmer nichts vorstellen, es ist eine große Leere. Ich kann nicht mehrere Stimmen zugleich hören. Mein Ohr war von Anfang an nur imstande, die allernächstliegenden Geräusche aufzufassen; es gibt für mich keine Unterscheidung von menschlichen Stimmen. Blumen rieche ich so gut wie gar nicht, doch schlechte, unangenehme Gerüche; ebenso ist mein Geschmack völlig unausgebildet, ich kann höchstens süß und sauer unterscheiden. Es ist mir ganz einerlei, was ich esse. Das Mittagessen einzunehmen ist mir fast unmöglich; ist es etwas warm, so ist es mir zu heiß, umgekehrt empfinde ich ein unangenehmes Gefühl von Kälte; Hunger und Durstgefühl habe ich nur wenig; sobald ich etwas zu mir genommen habe, beschwert es mich auch, und ich muß zu Stuhl gehen, ebenso ist es nach dem Trinken mit dem Urinlassen. Beim Atmen habe ich stets ein Gefühl der Beklemmung, des Zugeschnürtseins, verbunden mit Angst. Ich fühle ein ganz schwaches Herzschlagen, doch vom Strömen des Blutes habe ich kein Gefühl, ich habe überhaupt fast gar kein Blut oder ganz wenig. Unangenehme Eindrücke, Stechen, Kneifen usw. empfinde ich, doch habe ich stets unangenehme Empfindung der Leere und Angst. Genügen dürfte noch der Hinweis, daß ich sowohl Sonne wie Mond und Sterne in der Höhe von vielleicht einem vierstöckigen Hause über mir sehe, und daß mir das Gestirn des Tages nichts als eine namenlose brennende Qual verursacht. Sobald dasselbe herniedergegangen, gibt es in meinem Innern nichts als undurchdringliche Finsternis; sobald es wieder aufgeht, verursacht mir seine Helle grauenhafte, ewig marternde Qualen."

„Ich bin weder krank noch gesund, sondern ich bin ganz losgelöst. Ich bin kein Organismus, ich bin Vegetation jedes Lebens, der ganzen Schöpfung. Den Eindruck der Versteinerung für meinen Zu-

stand habe ich schon längst zurückgenommen, da er nicht deckend ist. Es ist absolut unmöglich, daß man mich tötet; da ich nichts bin, kann ich auch nicht verschwinden, sonst würde ich schon längst meinem Dasein ein Ende gemacht haben. Ich habe diese Gedanken immer gehabt, in der letzten Zeit, wo ich mehr mit dem Leben zusammenkam, sind sie mir deutlicher geworden. Als ich die Versuche machte, mir das Leben zu nehmen, glaubte ich noch, daß es möglich sei. Schon als Kind habe ich zu meinen Eltern gesagt, es ist alles graue Finsternis in mir und um mich. Ich werde bis in die Ewigkeit so fortexistieren."

„Was ich sage, ist kein verrücktes Zeug, das wird sich schon herausstellen. Die Ärzte glauben immer, so auch hier, ich litte an fixen Ideen. Das wird auch nicht eher anders werden, als bis ich ordentlich untersucht werde mit Augen-, Ohren-, Kehlkopfspiegel usw. Besonders möchte ich bitten, daß mein vermeintlicher Kot genau chemisch untersucht würde, es wird sich herausstellen, daß er aus den Speisen, wie ich sie zu mir genommen, besteht."

Im übrigen brachte R. die gleichen Äußerungen wie früher über seine eigentümliche Beschaffenheit als „unauflösliche Masse", über seinen Ursprung als „Loslösung der Urzelle" und über deren Ursache, die schädliche Salzbrunner Kur der Mutter usw. vor. In seinem Namen schrieb sein Bruder eine Darstellung seines Leidens nieder, die im wesentlichen sich mit der vorher auf *Kahlbaum*s Veranlassung verfaßten deckt und in der es u. a. weiter heißt:

„Elend und unglücklich in Ewigkeit, wie ich bin, handle ich nicht für mich, wenn ich vorstehendes zu Papiere bringen lasse. Ich selbst bin von meinem grauenvollen Schicksale nicht zu retten und wünsche nur anderen die ewige Qual, der ich verfallen bin, zu ersparen.

Ich glaube, durch genaue, nicht oberflächliche Untersuchung meines sogenannten Körpers wird es sich sehr bald herausstellen, daß für den denkenden Arzt und Physiologen eine vollkommene Abnormität sich in mir zeigt. Hat doch schon Dr. V. in E. — Besitzer der Wasserheilanstalt daselbst und geschätzter Arzt, wenn auch Wasserarzt — nachdem ich acht Wochen seiner Behandlung unterlegen, erklärt, daß ich in meiner Persönlichkeit ihm rätselhaft sei, ja mit kurzen Worten, daß in meinem vermeintlichen Körper überhaupt kein Leben vorhanden sei.

Leider muß ich mit ihm vollkommen in jeder Beziehung übereinstimmen.

Die vollkommene Abnormität meines vermeintlichen menschlichen Körpers zu erweisen, bin ich zu jeder Probe bereit und kann die Autoritäten der Psychologie im Interesse der kommenden Geschlechter nicht genug bitten, das, was ich sage, nicht für Einbildung eines überspannten Gehirns zu halten, sondern sich von der Wahrheit meiner Behauptungen durch geeignete Operationen zu überzeugen.

Umgeben von einer liebevollen Mutter und ebenso liebevollen un-



eigennützigen Geschwistern — zwei älteren Schwestern und zwei älteren Brüdern —, während meine Mutter nach mir — obgleich erst 28 Jahre alt bei meiner Geburt — kein Kind mehr geboren, befinde ich mich seit jetzt 1½ Jahren auf Grund obiger Auslassungen und Behauptungen in verschiedenen Irrenhäusern, indem man a priori diese Auslassungen für die Erzeugnisse eines krankhaft erregten Gemütes resp. zerrütteten Geistes betrachtet. Leider ist dies nicht der Fall und habe ich obige Auslassungen meinem Bruder Karl in die Feder diktiert (weil selbst nicht mehr in Stande, dieselbe zu führen) in der Hoffnung, daß endlich wissenschaftliche Autoritäten der Physiologie in dem Bestreben, einzig und allein der Wahrheit die Ehre zu geben, es nicht zu viel finden werden, sich in der von mir näher anzugebenden Art und Weise von der Wahrheit meiner Behauptungen durch vielseitige, streng wissenschaftliche Experimente zu überzeugen und dadurch das noch Ungeborene vor dem grauenhaften ewigen Schicksal der Materie ohne Geist und Leben für alle Zeiten zu bewahren.''

Ein aus dieser Zeit stammender Brief lautet:

„Am 7. Mai 1878
Irrenabteilung der Kgl. Charité.

Lieber Karl!

Ich habe Dich heute vergeblich hier erwartet, obwohl Du Deinen Besuch durch Herrn Dr. *Sioli*, der Oberarzt hierselbst, mir hast ankündigen lassen.

Ich kann freilich nicht verlangen, daß Du mich hier aufsuchst, da Du mir ebenso fern stehst wie jeder beliebige Sterbliche, auch brauche ich absolut nichts, wie Du recht wohl weißt.

Dennoch wird noch einmal eine Unterredung mit Dir nötig sein, es sei denn, die Frau Justizrat R. in der Lichtenbergerstraße Nr. 3 [1]) sei fest entschlossen, mich für immer hier zu belassen.

Mit welcher Absicht und zu welchem Zwecke das geschehen könnte, vermag ich wirklich nicht einzusehen.

Wissen doch die Herren Ärzte hier ebensowenig, was mit mir anfangen, wie ich selber, und konnte ich Herrn Prof. *Westphal* auf seine heutige Frage, wie lange ich denn noch hier zu bleiben gedächte, nur antworten, ich wüßte das eben auch nicht.

Der Zweck, die Ruhe der Familie nicht weiter gestört zu sehen, ist allerdings durch Eure Manipulationen erreicht, er würde aber schon viel früher für immer erreicht werden, wenn Ihr Euch der Wahrheit der von mir behaupteten Tatsache nicht in der eigensinnigsten Weise verschließen wolltet.

[1]) seine Mutter



Ich kann hier so wenig bleiben, wie sonst irgendwo. Geschehene Dinge sind nicht zu ändern.

Ich will Dir nun in aller Kürze nur mitteilen, daß nach des Herrn Oberarztes Dr. *Sioli* mir gegebener Erklärung es Dir an jedem Nachmittag freistehen wird, mit mir hier zu konferieren, sofern Du Dich auf diesen Herrn selbst bei dem Portier und der Inspektion beziehst.

Wenn Du wüßtest, wie jeder Tag, jede Stunde, jede Minute, sich zu immer qualvolleren Ewigkeiten für mich ausdehnt, würdest Du nicht gemächlich mit dem Besuche zögern.

Vielleicht findet sich ein Funke Mitleid in Deinem Herzen für mich, der ich durch den Unverstand und die Pflichtvergessenheit eines Menschen um die ewige Götterherrlichkeit gebracht und zu ewiger Nacht und ewiger Qual aus dem Buche der Natur und des Lebens ausgestrichen worden bin. Im entgegengesetzten Falle würde mir das nicht fehlen, ich meine: das Mitleid.

Ernst R.“

Die psychiatrische Beurteilung, die der Fall in der Charité erfuhr, ist aus den verschiedenen ärztlichen Äußerungen (*Westphal*, *Sioli*) zu erkennen. Im Oktober 1878 heißt es u. a.: „Der p. R. zeigt eine Summe von Wahnvorstellungen, die er zu einem System sich zurechtgelegt hat. Er glaubt ohne Mithilfe eines Mannes aus einem versteinerten Ei geboren zu sein und deshalb überhaupt kein Mensch, sondern ein Nichts ohne alle Empfindung, Leben und Denkvermögen zu sein, das auch nicht sterben könne. Im Sinne des Gesetzes ist er blödsinnig.“ — Immer und immer wieder wird in den verschiedenen Mitteilungen an Behörden, Angehörige, den früheren Vormund usw. darauf hingewiesen, daß er an chronischer Verrücktheit leide und als unheilbar zu bezeichnen sei. Ende November 1878 wurde er als ungeheilt und unheilbar entlassen. Als Diagnose findet sich in den Krankenakten: chronische Verrücktheit, auf dem Kopfbogen: sekundäre Seelenstörung. Einige Zeit später wurde R. dann auch auf das Gutachten der Charité hin wegen unheilbarer Geisteskrankheit aus dem Justizdienste entlassen.

Rückbildung:

In die Familie zurückgekommen, hielt R. noch an seinen Ideen fest. Er sagte beispielsweise der Mutter, sie brauche ihm keinen Anzug mehr zu kaufen, er sei doch kein Mensch. Er lebte aber im übrigen doch wie ein Mensch, las Bücher, ging spazieren, ging abends auch mit einem Freunde aus, spielte Klavier, Dame usw. Er wäre überhaupt nicht aufgefallen, wenn er nicht immer wieder die Ideen geäußert hätte, die er allerdings „ohne Nachdruck und Aufregung“ vorbrachte. Er war auch nicht mehr niedergedrückt. — Damals fiel ein Studienfreund im Assessorexamen durch und wollte ihn als Begleiter nach Hause haben. R. blieb mit diesem über Weihnachten weg, besuchte auch auf der Reise u. a. den Arzt der



Kaltwasserheilanstalt, in der er früher zur Kur gewesen war, und als er zurückkam, äußerte er nichts mehr von seinen Ideen. Man fragte ihn auch nicht danach. Seine Stimmung war eine durchschnittliche. „Seit der Rückkehr des R. in den Schoß seiner Familie", heißt es in dem Bericht seines früheren Vormundes, eines hohen Regierungsbeamten, aus dieser Zeit, „hat sich eine völlige Reaktion herausgestellt, so daß zunächst die Mutter und Geschwister, demnächst aber auch ich selbst den Glauben an eine Genesung gewann. Der junge Mann sprach und dachte klar, ja er ist jetzt sogar ohne jede sichtliche Erregung imstande, sein Geistesleiden zu schildern und zu erklären. Unter diesen Umständen trifft ihn ganz besonders hart, daß das Kgl. Kammergerichtspräsidium auf Grund der dorthin gerichteten Anzeige von der Unheilbarkeit seines Zustandes seine Entlassung aus dem Justizdienst ausgewirkt hat, denn der 28 Jahre alte Mann sieht sich nunmehr — nicht ohne Grund — als ausgestoßen aus der bürgerlichen Gesellschaft und jeder Aussicht auf eine selbständige Existenz beraubt an." — R. sah übrigens selbst die Schwierigkeiten seiner Lage ein und bemühte sich, wieder in den Staatsdienst zu kommen. Es erfolgte zu diesem Zwecke dann eine erneute psychiatrische Untersuchung, und Mitte März 1879 gab *Westphal* nun folgendes Gutachten ab: „Durch wiederholte Untersuchung des p. R. nach seiner Entlassung aus der Charité hat sich wider Erwarten eine so nachhaltige Besserung seines früheren geisteskranken Zustandes herausgestellt, indem die hypochondrischen Vorstellungen, die früher sein ganzes Wesen beherrschten, in den Hintergrund getreten sind, daß ein Wiedereintritt in den Justizdienst ärztlicherseits für unbedenklich erachtet werden kann."

Erstes gesundes Intervall.

Im April 1879 wurde R. nun wieder in den Justizdienst aufgenommen. Er hat dann in der nachfolgenden Zeit, 1879 und 1880, wie aus den Personalakten hervorgeht, mit Eifer, Fleiß und Gewandtheit die einzelnen juristischen Stationen absolviert, wie auch von den Vorgesetzten lobend anerkannt wird. Gelegentlich ist von seinem leidenden körperlichen Zustand die Rede. Im Hinblick auf die durchgemachte Geisteskrankheit wird darauf hingewiesen, daß er verhältnismäßig wenig vergessen zu haben scheine und jetzt mit großem Eifer und günstigem Erfolge das Fehlende nachzuholen bemüht sei. Auch seine Führung war eine gute, nur einmal bekam er einen Verweis wegen Kritik eines erledigten Ehrenhandels und taktloser Auflehnung gegen den nächsten Vorgesetzten. Den Angehörigen erschien er in keiner Weise, weder in der Stimmungslage noch im Vorstellungsleben noch durch irgendwelche Beschwerden, auffallend. Er war „vollkommen gesund".

Zweite geistige Störung.

Im Mai 1881 wurde R. einem Anwalt zur weiteren Beschäftigung überwiesen. Im Gegensatz zu den anerkennenden Urteilen in den bisherigen juristischen Stationen schreibt dieser im August 1881: Die Hoff-

nung, daß R. sich die Qualifikation zur Ablegung der zweiten Prüfung verschaffen werde, scheine leider nicht in Erfüllung zu gehen. Trotz anerkennenswerten Eifers ließen seine Leistungen jede Konzentration auf den Gegenstand und die Art seines Arbeitens jede Fähigkeit zu anhaltender Sammlung der Kraft vermissen. — Im Sommer 1881 war R. dann auch nach den Angaben seiner Wirtin aufgeregt und schlief schlecht. Er nahm nun einen Urlaub zu einer Kur in Pyrmont. Von dort verschwand er plötzlich. Am nächsten Tage erfuhr man, daß er in der Nacht umherirrend und ohne Hut und in verwirrtem Zustande in der Nähe von Kehl am Rhein aufgefunden worden sei. Nach eigenen, später gemachten Angaben hat er sich im Juni krank gefühlt, einen Verfall seiner physischen Kräfte bemerkt, große Mattigkeit, Apathie gegen alles, fürchterliche Unruhe zum Reisen verspürt, deshalb einen dreimonatigen Urlaub erbeten und ist auf Veranlassung des Hausarztes nach Pyrmont gefahren, von wo er sich nach Davos zu einem Freunde begeben wollte. Dort habe ihn große Angst und Unruhe befallen, so daß er schon nach 2 Tagen weiter wollte. Er sei nicht imstande gewesen, sich seine Reiseroute weiter zu entwerfen. In seiner Angst — er glaubte, es ginge mit ihm zu Ende — bestellte er einen Extrazug (?). Unterwegs auf der Fahrt nach der Schweiz (ein andermal gab er an, er sei von Pyrmont zu Fuß losgezogen) sei er ausgestiegen, weil er nicht weiter habe fahren können. In abwesendem Zustand sei er dann nachts umhergeirrt, bis er schließlich aufgegriffen wurde. Er wurde von der Schwester nach Berlin zurückgeholt. Nach deren Angaben war er damals weder in der Gemütsverfassung der ersten Erkrankung noch äußerte er die früheren Ideen. Er war auch durchaus nicht lustig oder ausgelassen, sprach auch nicht viel, machte keine Witze, zeigte keine Bewegungsunruhe und dergleichen. Dagegen war er leicht erregbar, hatte Sinnestäuschungen, erzählte der abholenden Schwester, wer alles bei ihm in Kehl gewesen sei, sah einen Leichenzug, hörte Stimmen, verkannte Personen. Er sprach zum Teil verworren, erzählte vom Himmel usw. In Berlin auf dem Bahnhof meinte er, es sei ja hier ein Auferstehungsgeruch. Zunächst zu Hause untergebracht, warf er einem Leiermann einen Taler herunter, legte die Uhr der Schwester in der Badeanstalt ins Wasser u. ä. Er kam dann in eine Privatirrenanstalt, deren Krankheitsgeschichte leider nicht mehr erhalten ist. Späteren Krankenakten ist zu entnehmen, daß Halluzinationen, Wahnideen und Verwirrtheit damals das Bild beherrschten. Er sah Leichenzüge, konnte in den Himmel sehen, er erklärte, er habe bei der Schöpfung mitgeholfen, sei erlöst usw. Nach 4 Wochen entwich er aus der Anstalt und wurde nun nach Dalldorf (*Ideler*, *Richter*) überführt.

Hier bot er keine akuten Erscheinungen mehr. Er trat sehr redegewandt und sicher auf, hatte anspruchsvolle Wünsche, speziell in seinen Briefen, gab detaillierte Darlegungen seines Zustandes und seiner Er-



krankung. Er führte diese auf falsche Behandlung durch Mutter und Familie zurück, wie er überhaupt gegen die Angehörigen, insbesondere die Mutter, wegen der angeblich ungerechtfertigten Internierung gereizt war. Er war dabei einsichtslos, lamentierte über die verlorene Zeit, die Monotonie bringe ihn noch mehr herunter. Die früheren Wahnideen, erklärte er, entsprächen seinem früheren Zustande. Jetzt wollte er solche nicht haben, dagegen klagte er in absurden Ausdrücken über glühende innere Hitze, „Nervenglühen", Gefühl, als ob er die Lunge im Unterleib hätte, Druck über den Augen, in den Ohren und über dem ganzen Körper usw., hatte aber Einsicht, daß es nur ein Gefühl sei. Die abnormen Sensationen beständen seit der Kindheit, deshalb könne er sie nicht als zu seiner Krankheit zugehörig anerkennen. Auch seine persönlichen Verhältnisse und Beziehungen beurteilte er anfangs sehr uneinsichtig und verständnislos. Später zeigte er ein vernünftigeres, seiner Lage angemesseneres Verhalten. Anfang November 1881 äußerte sich Direktor *Ideler* im Hinblick auf das schwebende Entmündigungsverfahren folgendermaßen über ihn: „p. R. bot bei seiner Aufnahme hierselbst Erscheinungen hochgradiger Nervosität dar und litt an krankhaften Sensationen mannigfachster Art. Namentlich aber war es die schiefe Auffassung der Entstehung seines kranken Zustandes, die Einsichtslosigkeit in denselben, die falsche Beurteilung seiner eigenen Lage und seines Verhältnisses zur Familie, zur Anstalt und zu Personen, mit denen er in Verbindung stand (bei einem ziemlichen Grade von Prätention und Selbstüberschätzung), welche einen tiefen Defekt seiner Intelligenz bekundeten. Gegenwärtig nach längerem Aufenthalt in der Anstalt erscheint R. ruhiger und besonnener, das formale Denken ist nicht wesentlich gestört bei ihm, er beurteilt seine Lage richtiger und zeigt seiner Familie gegenüber ein angemesseneres Verhalten.

Wenn auch der bisherigen Beobachtung zufolge eine eigentliche Heilung des Patienten ausgeschlossen werden muß, so kann doch noch eine wesentliche Besserung bei ihm erzielt werden, und erscheint es im eigensten Interesse desselben geboten, daß das Entmündigungsverfahren noch hinausgeschoben wird."

Im Entmündigungstermin Ende November 1881 wurde R. als völlig geistig gesund anerkannt. Der gerichtliche Sachverständige erklärte: R. zeige jetzt keine Spuren oder Zeichen einer geistigen Störung derart, daß er als unvermögend erklärt werden könne, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen. Indessen ergäben doch seine eigenen Schilderungen, wie die früheren ärztlichen Atteste, daß er noch vor verhältnismäßig kurzer Zeit einen Komplex von Krankheitserscheinungen dargeboten habe, welche die irren- und gerichtsärztliche Wissenschaft als hypochondrische Verrücktheit bezeichne. Nach medizinischen Erfahrungen sei volle Genesung von dieser Krankheit und überdies innerhalb so kurzer Zeit ein mindestens ganz ausnahmsweises glückliches Vorkommnis.



Demgemäß halte er eine nochmalige Exploration nach 6 Monaten für nötig, um ein definitives Urteil zu begründen. — Die Entmündigung wurde durch rechtskräftigen Gerichtsbeschluß abgelehnt und R. nunmehr Anfang Dezember 1881 aus der Anstalt Dalldorf entlassen. — Als Diagnose wurde periodische Manie genannt.

Zweites Intervall.

R. nahm nunmehr seine juristische Vorbereitung wieder auf, er war wiederum in den verschiedenen Stationen, wie ausdrücklich attestiert wurde, mit großem Fleiß und Eifer sowie gutem Erfolg tätig, so daß ihm sogar die Kammergerichtsstation geschenkt wurde. Auch sein allgemeines Verhalten war durchaus natürlich, die Stimmung unauffällig und gleichmäßig, er hatte Interessen, ging mit Freunden aus usw. Um seine Gesundheit war er allerdings besorgt.

Mitte 1883 bestand er das Assessorexamen mit ausreichend, machte dann eine Erholungsreise und ließ sich Anfang 1884 in einer kleinen Provinzstadt als Anwalt nieder. Anläßlich eines bald darauf gestellten Antrags auf Ernennung zum Notar erfolgten dann erneute Erörterungen über den Stand seiner Gesundheit. Der befragte Arzt erklärte ausdrücklich, daß er R., obwohl für etwas schwächlich, so doch für geistig wie körperlich gesund halte, und daß eine noch in geringem Maße vorhandene Nervosität sich bei einer geregelten Lebensweise unzweifelhaft verlieren werde.

R. hat dann in den nächsten Jahren wiederholt den Ort seiner Berufstätigkeit verändert, und zwar erfolgte dieser Wechsel im wesentlichen, weil er so ein besseres Fortkommen zu finden hoffte. Die Niederlassung und Berufstätigkeit betrieb er mit Ernst und Energie. Es ging ihm auch an den verschiedenen Plätzen ganz gut. Einmal beantragte er auch seine Wiederaufnahme in den Staatsdienst, da ihm die von der Nervenkrankheit zurückgebliebene Nervosität die Anwaltstätigkeit erschwere. In den ganzen Jahren bis 1890 war er in seinem geistigen Zustand und Verhalten im großen ganzen gleichmäßig und unauffällig. Gelegentlich kamen wohl einmal schwermütige Stimmungen, er schimpfte dann auf Leben und Praxis, aber doch so, wie es jeden einmal überkommt, der kein ganz glattes Geschick gehabt hat. Auch sonst war er nicht weiter krank, hatte auch nicht zu klagen, war nicht aufgeregt usw. Ideen nach Art der früheren brachte er nicht vor. Er hatte wohl auch einmal selbst davon gesprochen und sich gewundert, wie er darauf gekommen sei. Er lebte im übrigen gesellig. Bier hat er wohl reichlich getrunken. An die Möglichkeit einer Neuerkrankung dachte man gar nicht mehr.

Dritte geistige Störung.

Im Sommer 1891, während R. zur Erholung an der Nordsee weilte, veränderte sich sein Zustand. Er wurde sehr unruhig, aufgeregt, schlaflos, unstet und in sich gekehrt. Auf der Rückreise hatte er noch dazu die Aufregung, daß er von einem Juristen, vielleicht wegen seines veränderten Wesens, für den Raubmörder Wetzel gehalten wurde und festgenommen



werden sollte. Zurückgekehrt war er aufgeregt, schwermütig, lebensüberdrüssig, mutlos, klagte, er könne nichts leisten, mußte angetrieben werden, daß er überhaupt auf das Gericht ging. Immerhin arbeitete er noch einige Monate weiter. Schließlich mußte er Ende 1891, da er einen Selbstmordversuch machte, in eine Irrenanstalt aufgenommen werden. Daß man ihn in eine solche brachte, darüber war er sehr böse, wie früher auch schon.

In der Anstalt hat er gleich von Anfang an die gleichen Ideen wie früher geäußert, daß durch den Salzgehalt der Salzbrunner Quelle, die seine Mutter seinerzeit gebrauchte, die Urzelle, das Eichen, aus dem er entstanden, zu sehr ausgetrocknet und er daher gar nicht zum Leben gekommen sei usw. Er klagte über Mangel an Energie, innere Unruhe, die ihn hin und her treibe. Wenn er die Augen zu schließen versuche, sei rabenschwarze Nacht um ihn, er könne sich dann auf nichts besinnen, es sei dann alles leer und hohl in ihm. Er habe keine Seele und nur einen Körper, dem aber die Nerven fehlen. Das Gefühl habe er bereits auch in gesunden Tagen gehabt. Die Sonne sehe er nur als helle, aber blasse Scheibe, die kaum in doppelter Häuserhöhe über ihm stehe, er habe sie von Kindheit an nur so gesehen. Die ganze Natur erscheine ihm anders als andern Menschen. Er habe, ohne es je selbst empfunden zu haben, das Gefühl, daß das Leben — nicht, wie er es kennt, sondern wie es in Wirklichkeit sein muß — etwas Großes, Herrliches und Schönes sein müsse, vorstellen könne er sich dieses Leben aber gar nicht. Er könne nur der äußeren Form wegen als Mensch gelten, sei es aber in der Tat gar nicht, sondern führe — in ewiges Dunkel als ein lebloses, von der lebenden Schöpfung ausgeschlossenes Etwas gehüllt — ein ganz klägliches Scheinleben. Sein Körper bestehe nicht aus Organen, sondern aus einer für alle Ewigkeit unauflöslichen und unzersetzlichen Masse. Von allem Leben und der Welt habe er nur durch Hörensagen von seiner Umgebung Kenntnis erhalten, denn schon in seiner Jugend habe er stets voll Angst und Grauen in tiefer Nacht, von dem Anblick der Menschheit ausgeschlossen, in einer Hinterstube gesessen. Außer einigen undeutlichen schwarzen Schatten sehe er nichts in der ihn umgebenden Finsternis. Alle äußeren Eindrücke bereiten ihm Pein und Plage. Außer Sand und Steinen kenne er nichts in der Welt durch unmittelbare Sinneswahrnehmung, alles übrige ist ihm unbekannt und verschlossen geblieben, so daß er etwa nur an hundert Begriffe kenne und manchen Gegenstand nicht zu benennen vermöge. Nach diesem traurigen irdischen Dasein harren seiner noch viel entsetzlichere Qualen unter der Erde. Dort werde für seinen unzersetzlichen Scheinleib eine ewige Stein- und Feuerqual anheben, aus der er nimmer befreit werden könne. Spazierengehen, Essen, Trinken und dergleichen erquickt ihn nicht, sei ihm völlig nutzlos, ja geradezu lästig, wie alles, was zum Leben gehörig und mit ihm zusammenhänge. Auf sich geschossen habe er nur, um die Seinen zu überzeugen, daß die Kugel an seinem Körper als einer völlig leblosen, undurchdringlichen Masse schadlos

abprallen müsse. Beim Tode seiner Mutter (der während des Anstaltsaufenthalts erfolgte) hoffte er, durch ihre Fürbitte bei Gott in den vollen Besitz des ihm versagten Lebens gelangen zu können, doch auch diese seine letzte Hoffnung ging leer aus. Seine Äußerungen brachte Pat. in „ruhigem, fast traurigem, bescheidenem Ton" vor. Den Namen R. lehnte er ab, er sei vor Jahren einer gewissen Frau R. als ein Nichts aus dem Leibe gefallen. Vorübergehend erklärte er, sein Ende stehe binnen zwei Tagen bevor, und erbat vom Arzt das Versprechen der Sektion, was ihm zwar nichts nutzen könne, aber zeigen würde, daß bei ihm nichts als das „rudimentäre Eichen", das nicht zur Entwicklung gelangt sei, zu finden sei. Einmal riß er sich vor innerer Unruhe die Barthaare aus. Im übrigen war er niedergedrückter Stimmung, verhielt sich ungemein still und passiv, war gern allein für sich, sehr wenig gesellig und einsilbig, solange er nicht von sich reden durfte, „was er mit großer Vorliebe zu tun pflegt". Seine Lieblingsbeschäftigung war das Rauchen. Hin und wieder las er auch ein wenig. Auf Spaziergängen, die er äußerst ungern unternahm, benahm er sich ganz ruhig, doch auch völlig teilnahmlos. Der körperliche Zustand, Schlaf und Appetit waren dabei im großen ganzen zufriedenstellend.

Dieser Zustand hielt nun viele Jahre hindurch in wesentlich gleicher Weise an. „Das Verhalten und die Äußerungen des Pat. bleiben stereotyp gleich." — „Status idem" —. „Dieselben Wahnideen, dasselbe Benehmen" — „Zustand unverändert" — „voll und ganz derselbe" sind Feststellungen, die in der Krankengeschichte sich über eine lange Reihe von Jahren forterstrecken. Es wird im übrigen erwähnt, daß er täglich vor jedermann, nicht bloß vor dem Arzt, sondern auch vor Fremden, seine Wahnideen vorbringt und sich Mühe gibt, den andern von der Realität zu überzeugen. Eine Zeitlang drängte er auch sehr darauf — es war zur Zeit der Röntgenschen Entdeckung —, daß er mit Röntgenstrahlen photographiert würde, um die abnorme Gestaltung seines Innern beweisen zu können (ein Wunsch, den ihm übrigens seine Schwester und ein befreundeter Rechtsanwalt auch wirklich erfüllen wollten). Über sein sonstiges Verhalten heißt es u. a.: „R. verkehrt mit niemand, geht im Zimmer, Korridor oder Hof oft stundenlang in ziemlich schnellem, ganz gleichmäßigem Tempo, sich stets in derselben Bahn haltend, mit gesenktem Blick auf und ab. Er spielt zuweilen Karten, Dame, liest auch täglich die Zeitung, vernachlässigt sein Äußeres. Er raucht gern und nimmt, wenn er gerade keine Zigarren hat, die von andern in den Aschenbecher geworfenen Reste an sich, um sie zu rauchen." — „Geistig geschwächt, von nihilistischen Wahnideen beeinflußt, ernst, ruhig, lenksam, vielfach mit Lektüre beschäftigt", besagt ein ärztlicher Eintrag vom Jahre 1901. So geht es viele Jahre hindurch, und noch Mitte 1904, also nach etwa 13jähriger ununterbrochener Krank-

heitsdauer, steht in der Krankengeschichte: „Seit Jahren stets sich gleichbleibend. Zeigt nicht die geringste Abweichung von seinem gewohnten Verhalten.“ Ende 1904 heißt es dagegen: „Unterhält sich mehr mit seinen Mitkranken, spielt Unterhaltungsspiele“, und bald darauf: „Ist auch jetzt viel zugänglicher“. Anfang 1906 dann weiter: „Äußert seine krankhaften Ideen seltener, spielt viel mit seinen Mitkranken. Sucht mehr den Verkehr mit seiner Umgebung, unterhält sich, läßt sich von seinen Ideen ablenken, zeigt Interesse für Politik. Mitte 1906 wird festgestellt: „Pat. erkennt seine Wahnideen als solche, erscheint ganz umgewandelt. Hält sich reinlich, ordentlich, ist in guter Stimmung“. Bald darauf, Juli 1906, wird er dann als geheilt nach Hause entlassen nach etwa 15jähriger Dauer der Erkrankung. Diagnose: Paranoia.

Von R.s Schwester, die ihn regelmäßig in der Anstalt besuchte und die überhaupt einen psychologisch wertvollen katamnestischen Überblick über das gesamte Krankheitsbild noch zuletzt gegeben hat, stammt folgende Schilderung dieser über 1½ Jahrzehnte sich erstreckenden Krankheitsepoche: Im großen ganzen war R.s Zustand in dem Zeitraum von etwa 1891 bis 1905 gleichmäßig und unverändert. Er sprach nur von seinen Wahnideen und hatte das Bedürfnis, davon zu sprechen. Wenn er davon sprach, war er vollkommen klar. Er erzählte immer dieselben Sachen mit denselben Ausdrücken und regte sich manchmal auf, wenn man ihm widersprach. Anfangs hatte man den Eindruck, als ob die Gedanken ihn stärker beunruhigten und quälten, später war er im ganzen gleichgültiger und ruhiger. Er brachte dann die Ideen wie etwas auswendig Gelerntes vor, er betete sie her, und weiter war nichts. Er schien sich nicht mehr immer mit ihnen zu beschäftigen. Mürrisch war er dabei nicht. Den Eindruck erschwerten Denkens und geistigen Gehemmtseins machte er nicht. Irgendein Stimmungswechsel wurde nicht beobachtet. Für andere Dinge interessierte er sich überhaupt nicht. Er erkundigte sich nicht nach Praxis, Zukunft, Außenvorgängen, der Zusammenhang war unterbrochen. Das Gefühlsleben war eigentlich gar nicht mehr vorhanden. Was ihm sonst lieb, wert und wichtig war, gab es nicht mehr für ihn. Auch mit den Angehörigen fehlte der innere gemütliche Zusammenhang. So sagte er z. B. 1894 der Schwester bei einer Erkrankung: „Na, wenn du gestorben wärest, hätte es mir auch weiter nichts geschadet“, während er früher bei einer ähnlichen Gelegenheit sich um die Schwester sehr geängstigt hatte. Gegen die Mutter war er direkt feindlich gesinnt, und als er sie 1893 vor ihrem Hinscheiden noch einmal besuchen sollte, weigerte er sich trotz allen Aufforderungen durch den ihm selbst befreundeten Arzt. Er hatte auch sonst außerhalb seiner Ideen weder Klagen noch Wünsche, hielt sich nicht über die Freiheitsberaubung auf, wurde 1894, als ein Anstaltswechsel erfolgte, nicht im mindesten berührt, wollte auch weiter gar nicht heraus.



Es war ihm ganz gleich, ob man ihn besuchte oder nicht. Er las nicht, schrieb nie, nur rauchte er immer, ohne daß er aber Wünsche nach Zigarren äußerte. Auf die Kleidung achtete er nicht; er hatte auch keine Lust, sich zu waschen.

In den letzten Jahren von etwa 1905 an änderte sich sein Verhalten. Er fing an, weniger von seinen Ideen zu sprechen, fragte nach Angehörigen und Bekannten, erzählte auch, was er in der Zeitung gelesen und was ihn besonders interessierte. Später brachte er auch kleine Wünsche vor nach Büchern, Spielen, Toilettengegenständen usw. Er hielt mehr auf sein Äußeres und war im ganzen natürlicher. Ausgelassen war er aber nicht, überhaupt wurde keine unnatürliche Heiterkeit an ihm bemerkt. Er schloß sich auch mehr an andere Patienten an und verkehrte mit ihnen, während er anfangs sich allein gehalten hatte. Zwischendurch kam auch wieder etwas von seinen Ideen vor, es wurde aber immer weniger, bis es nachher verschwand. Der Zustand besserte sich immer weiter, und schließlich war R. anscheinend so wie vor 15 Jahren.

Bezeichnend für die Eigenart des Krankheitszustandes in dieser Zeit ist auch die zu R.s gerichtlichen Personalakten gegebene Schilderung eines ihm befreundeten Anwalts, der ihn in der Anstalt regelmäßig besuchte: „Hier fand ich ihn, abgesehen von einer einzigen unrichtigen Idee, die sich seiner bemächtigt hatte, vollständig klar und unverändert. Er erinnerte sich der früheren Vorgänge mit voller Deutlichkeit, ja, legte hierbei eine bewunderungswürdige Schärfe des Gedächtnisses an den Tag. Immer zeigte er sich über alle Ereignisse der Gegenwart unterrichtet. Ich habe mich in alter Weise oft stundenlang unterhalten, ohne daß in seinem Denken die geringste Anomalie hervorgetreten wäre. Deshalb mochte ich an eine wirkliche dauernde Erkrankung bei ihm immer noch nicht glauben. Es überraschte mich daher im Grunde genommen nicht, als R. mir im vorigen Jahre mitteilte, daß er aus der Anstalt entlassen werden würde, da er sich gesund fühle."

Drittes Intervall.

Nach der Entlassung richtete R. ein sehr ausführliches Bittgesuch an den Kaiser zwecks Gewährung einer Unterstützung zu einer Erholungskur im Hochgebirge. Er schilderte darin sehr einsichtig sein Vorleben, die früheren Krankheitsanfälle und ihren Verlauf, seinen gegenwärtigen Zustand und die Situation, in der er sich mit 55 Jahren nach 15jährigem Anstaltsaufenthalt befinde. Die Lebensverhältnisse, Berufs- und Familienbeziehungen, die Zukunftsmöglichkeiten usw. werden darin durchaus angemessen bewertet und gewürdigt. R. ging dann, nachdem er sich bis in den Herbst bei den Angehörigen aufgehalten, zur Erholung in das Engadin, wo er den Winter über blieb und verhältnismäßig einfach lebte. Briefe aus dieser Zeit, welche mir vorlagen, zeigen nichts Auffallendes, insbesondere keinen hypomanischen oder ähnlichen Einschlag. Nach der Rückkehr beantragte er seine erneute Zulassung zur Anwaltspraxis, aus



der er 1895 gelöscht worden war. Im Oktober 1907 begutachtete ihn daraufhin der Kreisarzt und stellte nach wiederholter Untersuchung und Einsicht in die frühere Krankengeschichte fest, daß R. „körperlich rüstig und gesund ist und sich geistig in einem durchaus normalen Zustande befindet. Sein Körper- und Geisteszustand berechtigt zu der Erwartung, daß er die Anwaltspraxis noch eine längere Reihe von Jahren wird dauernd ausüben können". Seinem Antrag wurde denn auch stattgegeben. R. bereitete sich dann mit Ernst und Eifer auf seinen Beruf wieder vor, arbeitete sich insbesondere schnell in das inzwischen eingeführte BGB. ein und nahm dann die Praxis wieder auf. Seine Leistungen wurden verschieden beurteilt. Einzelne Berufsgenossen meinten, seine Leistungsfähigkeit sei herabgesetzt gewesen, bei andern fand er Anerkennung. Jedenfalls gelang es ihm wieder, in die Praxis sich hineinzufinden. Im persönlichen Zusammensein war er unauffällig und nicht verändert. Er war ruhig, aufmerksam, freundlich, liebenswürdig, nicht übertrieben lebenslustig und betrübt höchstens, wenn er von seinem zerstörten Leben sprach. Er hatte dafür eine feine Empfindung, wenn er so sah, wie die Studiengenossen vorwärtsgekommen und er es zu nichts gebracht hatte. Auch aus dieser Lebensperiode habe ich Briefe an Angehörige gelesen, die nett und voll warmen verwandtschaftlichen Gefühls gehalten sind und keinerlei Auffälligkeiten darbieten.

Im Gegensatz zu diesem allgemeinen Verhalten und auch zu seinem sonstigen Charakter steht nun freilich seine sonstige Lebensführung nach der Entlassung. Er exzedierte in Baccho et Venere, gab sich mit Frauenzimmern ab und hielt sich selbst im Hause seiner Angehörigen ein Mädchen. Mehrfach blieb er die Nacht über weg und kam betrunken im Auto zurück. Selbst bei Einladungen in fremde Familien ist er betrunken hingekommen. Auf Vorhaltungen wurde er ärgerlich. Eine Zeitlang trank er dann wieder gar nicht. Das verdiente Geld verschleuderte er in kürzester Zeit und ging dann die Angehörigen um Geld an, wiewohl es ihm schwer wurde, ihnen Sorge zu machen. Trotz dieses leichtsinnigen Umgehens mit seiner Gesundheit war er dabei ängstlich um diese besorgt, pflegte seinen Körper sehr mit gymnastischen Übungen, Essenzen, lehnte einmal ein Bad aus Furcht vor Herzschlag ab usw.

Vierte Erkrankung.

Seit etwa Weihnachten 1911 zeigte R. wieder vorübergehende trübe Verstimmungen, in denen er aber im großen ganzen arbeitsfähig blieb und weder die hypochondrischen Ideen noch Selbstmordgedanken oder Selbstvorwürfe äußerte. Der Zustand schwankte, verschlimmerte sich aber schließlich im Frühjahr 1912 so, daß man ihn, mit seinem eigenen Einverständnis, von neuem in eine Anstalt, zunächst in eine private, dann in eine Provinzialanstalt brachte. Bis kurz vor der Einlieferung soll er klar und geordnet gewesen und erst wieder mit den gleichen Wahnideen wie früher zusammengebrochen sein, als er von einem Kollegen, für den er Gelder eingezogen hatte, um Zahlung moniert wurde.



Der Zustand R.s in der Anstalt war in den folgenden Jahren bis jetzt im wesentlichen der gleiche wie früher. Er brachte wieder die früheren Ideen mit den gleichen stereotypen Ausdrücken vor und begründete sie auch in der gleichen Weise mit seiner Schöpfungs- und Befruchtungstheorie, Einwänden dabei mit sophistischen Widerlegungen begegnend. Er lag im übrigen viel im Bett, zeigte für nichts Interesse, kümmerte sich nicht um die Angehörigen, oder aber war unruhig und unstet und ging auf dem Korridor hin und her. Trotz seiner Wahnideen rauchte er mit Behagen Zigarren. Sein Affektleben war anscheinend der Intensität und Färbung nach nicht immer gleich. Meist ist seine indolente Stimmung hervorgehoben, die Affektlosigkeit, mit der er täglich immer wieder die gleichen Ideen vorbrachte, das untätige, stumpfe Herumsitzen auf immer dem gleichen Platze oder das stumpfsinnige Umhertrippeln. ,,Im ganzen recht indolent'' — ,,kein entsprechender Affekt'' — ,,ohne jeden Affekt'' — „in seinem Wesen stets sich gleichbleibend, Affekt nicht mehr nennenswert'' sind ärztliche Kennzeichnungen seines Zustandes in den folgenden Jahren bis 1916. Immerhin hat er doch auch Zeiten stärkerer Affektivität gehabt und in den ersten zwei Wochen nach der Verlegung aus der Privat- in die Provinzialanstalt hat er Zustände ängstlicher Verstörtheit mit unruhigem Jammern, Selbstbeschuldigungen, Nahrungsverweigerung und Unreinlichkeit dargeboten. Er erklärte, er hätte alles verschuldet, daß die andern hier leiden müßten, er hindere alle am Fortkommen usw., jammerte, es ginge zu Ende, hatte Angst, allein weiterzugehen oder durch eine Tür zu gehen, indem er glaubte, er käme nie wieder heraus, es sei alles verschlossen. Draußen seien viele Autos da, man wolle ihn zum Strafrichter holen und ähnliches mehr. Später bot er dann unverändert das oben gekennzeichnete Verhalten.

Von Einzelheiten aus dieser vierten Krankheitsepoche sei noch angeführt: Seine Wahnideen erfuhren insofern eine Erweiterung, als er die Schuld an seinem Ausfall aus der Schöpfung nun nicht allein den Salzbrunner Brunnenkuren der Mutter, sondern auch ihrem Aufenthalt in einem koscheren Haushalt beimaß. Er äußerte auch, der Meyerbeersche Arzt sei von Salzbrunn aus bestochen worden, daß er Badegäste hinschicke, und habe deswegen die Kur empfohlen. Einmal berichtete er, er hätte nachts gräßliche Erscheinungen gehabt, die er gar nicht wiedergeben könne. Er bat den Arzt, in Wort und Schrift Propaganda zu machen, daß ähnliche Fälle wie er nicht mehr vorkommen könnten. Dem Hinweis auf sein früheres flottes Leben begegnete er damit, daß er es aus Verzweiflung und um sich abzulenken geführt habe. Auf die Mitteilung, daß er einen Pfleger bekommen habe, fragte er, ob er nun entmündigt sei (als Rechtsanwalt!).

Die Eigenart seines Zustandes beleuchten auch folgende Äußerungen: ,,Wir sitzen hier in der Falle, Herr Doktor, wir können nicht heraus,



es hilft nichts mehr, wir sind fertig." „Die Sache ist wohl so: Der Mensch, z. B. Sie, sitzen hier im Zimmer und in Ihrem Kopf ist die ganze Welt und der Geist ist durch nichts eingeengt. Aber ich, wenn ich im Zimmer bin, ich bin eingegittert, so daß ich nicht hinaus kann, vollständig eingegittert." „Ich sitze hier mit diesen Massen (auf seinen Bettteppich deutend) und komme nicht mehr durch."

Zur Charakteristisk seien schließlich noch zwei aus dieser Zeit stammende Briefe angeführt:

„E..., August 1912.

L. D.

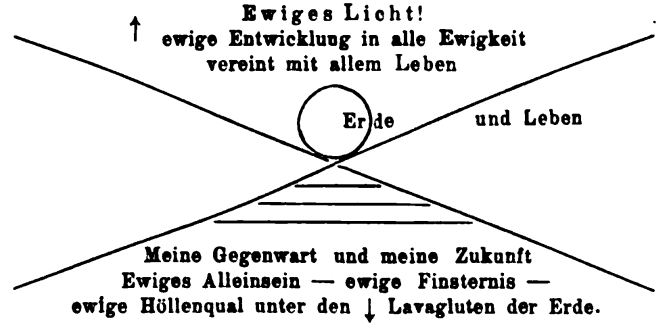
Dank für Deine Zeilen. Kämst Du noch einmal, Du hörtest nichts anderes von mir als die grausige Wahrheit, die Du und kein Lebender glaubt — weil Ihr Eures Lebens wegen dazu außer stande seid.

Ich habe stets Euch mit Sicherheit sagen können und müssen, daß es einen Gott außerhalb der Welt nicht gibt. Es ist nur die Urkraft, die auf Euch übergegangen ist, resp. jeder Mensch ist selbst Gott und als solcher für sich allmächtig. Gäbe es aber selbst einen Gott außer der Welt: was Eure Mutter mit Gewalt von der Welt abgesperrt hat — der Eierstock, den sie mit mir hat erstarren lassen durch Vernichtung der Menstruationssäfte im Sommer 1850 — das könnte auch kein Gott mehr zum Leben erwecken.

Die bodenlose Gewissenlosigkeit aller Beteiligten (des edlen G.[1]), Eures Vaters und Eurer Mutter) hat mich, anstatt mich zum Leben kommen zu lassen, für die sämtlichen Ewigkeiten der Finsternis und dem ewigen Stein- und Feuertode unter den Lavagluten der Erde überliefert.

Ein Ende gibt es nicht für mich. Mit jedem Augenblick wächst die grausige Qual ins Unendliche. Von Uranfang an gab es nur einige Finsternis und Stille für mich, von der ganzen Welt, von allem Lebenden nichts.

Vielleicht wird Dir nebenstehende Skizze ein Bild machen von dem Unterschied zwischen Euch, allen Lebenden und mir. Ich wundere mich, daß Du gegenüber diesen Tatsachen immer



noch Entschuldigungen findest für Deine Mutter. Eine Frau, die nach 5 Geburten sich erschöpft fühlt, dabei selbst immer über Kraftlosigkeit

[1]) der damalige Arzt

geklagt hat, die mußte so weit von ihrem Verstande Gebrauch machen, daß sie nicht eine säftezerstörende Quelle trank. Sie durfte das unter keinen Umständen, bis nicht mit Ende der 40er Jahre ihre Perioden selbst aufgehört hätten.

Soviel weiß jede gebildete Frau vom eigenen Körper. Sie wurde ja überall als so gebildet und klug hingestellt.

Du und Anna, ihr habt unendliche Opfer für mich gebracht. Auch Euer Leben ist zerstört worden durch die ewige Misere mit mir und die ewigen vergeblichen Kosten. Wäre mir das Leben geworden, ich hätte wie Ihr keinen in Anspruch genommen. Anna und Dir Gruß — aber was besagt ein Gruß von etwas, das weniger ist als ein Stein, der auf dem Felde liegt.

Annas frohe Zuversicht begreife ich jetzt. Eures Lebens kann ja nur ewige Herrlichkeit hier und dort vorhanden sein. — Für mich war nie etwas und wird nie etwas sein als das Gegenteil von allem.

Kein Organ, vom geringsten bis zum Gehirn nicht, eine unauflösliche Masse ohne jeden Lebensstoff. Ernst R.“

Ein anderer Brief:

„Bestelle Deiner edlen Mutter meinen Dank für den Stein- und Feuertod unter der Erde, den sie mir gegeben, wenn Du sie im Himmel wiedersiehst.

Liebes Dorchen. Man drängt mich Dir zu schreiben.

Ich aber kann nichts weiter mitteilen, als was ich Dir und vielen anderen so und so oft der grausigen Wahrheit entsprechend mitgeteilt habe.

Wenn ich allein, anstatt zum Leben erweckt zu sein, in grausiger ewiger Finsternis und Höllenqual von aller Welt und allem Leben von Anfang an ausgeschlossen wurde, so kann das nicht meine Schuld, auch keine verdiente Strafe sein. Denn Strafe kann nur bewußte böse Absicht treffen — ich aber wurde der Hölle überliefert, ohne je das Licht der Welt erblickt zu haben — ohne je Verbindung erlangt zu haben mit Geist und Leben.

Die Schuld trifft diejenigen, die mit beispielloser Gewissenlosigkeit Deine Mutter die Stoffe zu sich nehmen ließen, welche meinen Eintritt, resp. meine Aufnahme in die Welt und Lebensstoffe verhinderten. Ein klein wenig Sorgfalt im Nachdenken, und ich wäre ein Nichts geblieben, wie jedes Ei, das nicht mit dem männlichen Samen in Berührung kam.

Jetzt aber heißt es bei allen, die Ihr aufgenommen seid in die ewige Herrlichkeit des Lebens, daß ich durch viehische Lüste und gemeine Gesinnung mein sogenanntes Schicksal verschuldet hätte.

Das ist aber überhaupt kein Schicksal, wie Ihr Menschen es meint — es ist grauenhaft, daß die grauenhafteste Phantasie keine Ahnung davon jemals sich machen kann.

Es ist eben das einzige, was man Hölle nennen kann. Sonst gibt es



keine Hölle im Weltall als die für mich von Anfang an bestimmte, mir von Anfang an gewordene Trennung von jedem Sein und Leben.

Hätte Deine Mutter sich ein wenig zu beherrschen verstanden im Gebrauch gänzlich unnützer, für jeden einfachen Menschenverstand nur furchtbar schädlich für den eigenen Körper wirken müssender Faktoren, so hätte sie durch Unterlassung was mit mir in ihrem Körper noch dem Leben entgegenschlummerte auch seiner Bestimmung entgegenführt. Die sichere ungestörte Weiterübertragung des Lebens hat die höchste Macht eben auch unter vernünftiges Denken gestellt und würde Vernunft und Gewissenhaftigkeit mich davor bewahrt haben, anstatt der Welt und dem Leben zugeführt dem ewigen Stein- und Feuertode unter der Erde überliefert zu werden.

Dir und den Menschen brauche ich ja nichts zu wünschen. Ihr habt ja mit dem Leben jede Herrlichkeit und Freude und unerschöpfliche Weiterentwicklung in alle Ewigkeit.

Das traurige ewige Opfer von menschlichem Leichtsinn und menschlicher Gewissenlosigkeit

Ernst.“

Als vorläufige Diagnose ist in der Krankengeschichte periodische Melancholie, als endgültige Spätkatatonie (periodische Form) angegeben.

Gegenwärtiger Zustand:

Das allgemeine Verhalten R.s entspricht im wesentlichen dem eben geschilderten: interesselos, wunschlos, ohne Anteil an Angehörigen oder der Umgebung liegt er viel im Bett, schläft ruhig, ißt aber schlecht. Seine Stimmung ist nicht eigentlich schwer depressiv, sondern nur gedrückt, bekümmert zu nennen. Erscheinungen einer deutlichen Hemmung sind nicht nachzuweisen.

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht nach wie vor der hypochondrisch-nihilistische Wahnkomplex. R. kommt sogleich bei jeder Exploration ausführlich auf seinen unbelebten Zustand und dessen Ursachen zu sprechen und entwickelt dabei wieder die zugrunde liegende naturwissenschaftliche Zeugungstheorie. In seiner Selbstschilderung kehren gewisse Ausdrücke ganz stereotyp wieder: „Unauflösliche Masse ewiger Finsternis“ — „Opfer der Schöpfung, ewiges, grauenhaftes“ — „ewiger Stein- und Feuertod unter der Erde ist, was mir bevorsteht“ usw. Von selbst kennzeichnet er sich immer wieder voll Bitterkeit: „Die Schöpfungszellen sind vernichtet, fertig, nicht mal Ei geworden geschweige denn Mensch!“ „Das ewige Opfer der 12 Jahre koscheren Lebens, das meine Mutter geführt hat!“ „Ewiges Opfer der koscheren Judenherrlichkeit und namentlich der zweiten Salzbrunner Quelle!“ Einwendungen und Zweifeln gegenüber zieht er in entschieden lebhafter Weise und mit unverkennbarem Reichtum an Worten und Gedanken Erläuterungen heran,



veranschaulicht beispielsweise in einer der früheren schematischen Skizze ähnlichen Zeichnung seine Ausnahmestellung gegenüber dem Leben und den Menschen. Er läßt sich durchaus auf eine richtige Diskussion ein, erklärt: „Ich bitte Sie, daß Sie das nicht einsehen wollen" — „Herr Dr., Sie werden doch nicht behaupten wollen!" und sucht durch Vergleiche, Beispiele und ähnliches Belege für die Richtigkeit seiner Anschauung zu bringen. „Sehen Sie mal, es wird gesagt, Chinesen können sich nähren mit ein paar Händen Reis und bestehen dabei. Ein Jude würde das wahrscheinlich auch können, aber doch kein Deutscher. Die Mutter hat sich von einer ganz verfehlten Kost ernährt." Auf einen gelegentlich einmal erhobenen Einwand, daß bei dem christlichen Verkehr im Meyerbeerschen Hause wahrscheinlich gar nicht rituell gegessen wurde, kommt er sogar von selbst bei einer späteren Gelegenheit zurück: „Wenn Sie glauben, daß die Leute nicht koscher gegessen haben wegen ihrer christlichen Beziehungen, so haben sie vielleicht bei Gesellschaften anderes Essen gegeben, sonst aber mit ihrer jüdischen Familie koscher gegessen. Also das macht den Kohl nicht fett." Gegenüber Hinweisen auf das Unlogische seiner Äußerungen verteidigt er sich lebhaft. Hält man ihm die Widersprüche zwischen seinem Verhalten und seinem angeblich versteinerten Zustande vor, so wird er unwillig. — „Ja, wenn Ihnen das solches Vergnügen macht, dann schreiben Sie es hin." Oder er lehnt gereizt ab: „Interessiert mich nicht, Sie stehen auf einem falschen Standpunkte." — „Ach Gott, Sie ändern doch mit all ihren Deduktionen nichts an der grausigen Tatsache, die mir geworden ist, absolut gar nichts!" Auf naturwissenschaftliche Gegengründe erklärt er, die Wissenschaft könne das nicht feststellen, weil sie nur existierendes Leben beobachten könne. Der Arzt selbst spreche es so kühn und leicht hin, er gehe eben so selbstverständlich von den Dingen der Welt aus.

Auch die Hinweise auf die Zeiten, in denen er sich laut Krankengeschichte anders verhalten und geäußert habe, läßt er nicht gelten: „Wer das aufgeschrieben hat, hat eine gemeine Lüge aufgeschrieben. Das ist ein Unsinn." (Warum hat man es getan?) „Weil die Phantasie der Menschen jedenfalls sehr groß ist." — Selbstvorwürfe wegen seines Zustandes weist er entschieden zurück: „Wie soll ich mir Vorwürfe machen, ich habe sie (sc. die Mutter) nicht in das Haus geschickt." Ebenso weist er Versündigungsideen weit von sich: „Da hört alles auf, ich bekomme kein Leben, ewige Feuerqual unter der Erde und da soll ich der Sünder sein!" „Ich habe niemandem etwas Böses getan. Ich habe überhaupt weder etwas Böses noch Gutes tun können. Nein, ich bin das Opfer der Gewissenlosigkeit und Ehrlosigkeit deutscher Christen, die ihre Kinder an das koschere Judentum verschachert haben." Über diesen Vorfall spricht er sich immer wieder mit großer Erbitterung aus: „Das war aber der Tanz vor dem Mammon, erbärmliche! Ja, es ist grausig zu denken, daß man daran zugrunde gehen muß, solche erbärmliche Gesinnung! Wenn das junge Mädchen in ein reiches christliches Haus ge-

kommen wäre, konnte so etwas nicht passieren, da wäre sie erstarkt zu einer reichen Persönlichkeit. Es brauchte kein Millionenhaus zu sein, wenn es eine einfache Familie war." — Als seine Mutter gelegentlich einmal genannt wird, sagt er: „Das niederträchtigste Scheusal auf Gottes Erdboden". Auf der andern Seite läßt er aber gelten, daß nirgends böse Absicht vorliege, daß jedenfalls kein Mensch auf so etwas kommen konnte, und die Großeltern so etwas auch nicht getan hätten, wenn sie geahnt hätten, daß es ihrem Kinde schaden könnte. Auch jedes religiöse Empfinden lehnte er übrigens ab: „Ein nettes Gotteswalten, das das zugelassen hat!" Wenn er im übrigen sein Geschick auch für ein ganz einzigartiges hält, so gesteht er doch zu, daß unter ähnlichen Bedingungen auch sonst noch andere Fälle vorgekommen sein mögen.

Eine Feststellung seiner geistigen Fähigkeiten und Leistungen (Gedächtnis, Urteil usw.) sowie der Eigenart und subjektiven Begleiterscheinungen seiner seelischen Tätigkeit (Empfindungs-, Wahrnehmungsfunktionen und dergleichen) bietet erhebliche Schwierigkeiten, da R. so ziemlich alles im Sinne seiner Wahnanschauungen färbt und beantwortet. „Es ist nichts aufzuklären, es ist eben nichts!" — „Herr Oberarzt, und es hilft nichts, und wenn Sie noch so viel bohren und bohren, vor Ihnen sitzt der ewige Stein- und Feuertod." Er negiert tatsächlich alles: Geburt, Kindheit, Tätigkeit, Leben usw. Er hat keine Organe, keinen Geist, ist daher auch nicht geistig gestört („geisteskrank, wo niemals Geist gewesen!"), „hat von nichts ein Wissen, ist überhaupt nicht geworden", „überhaupt kein Wesen", ist „gar nicht aufgenommen ins Leben", daher auch nie krank gewesen, denn „Krankheit ist auch ein Lebensprozeß", es ist kein Zustand usw. Fragt man ihn nach seinem Vorleben, so weiß er eigentlich über die Daten recht gut Bescheid, selbst bis in Einzelheiten. Er gibt Auskunft, wann er seine Examina gemacht hat, „ohne etwas zu wissen", bei welchem „sogenannten" Gericht er niedergelassen war, „ohne daß ich es je gesehen habe", in welchem Jahre man die „Lächerlichkeit" begangen habe, „einer unauflöslichen Masse den Justizrattitel anzuhängen". Beim Militär ist er nicht gewesen, ebensowenig in einer Verbindung. „Sehen Sie mich doch bloß an, ich glaube, da brauchen Sie gar nicht zu fragen, haben Sie jemals ein solches Jammergestell gesehen, ein sogenannter Mensch, der 64 Jahre gelebt haben soll, daß der aussieht wie ein Knabe von 10, 12 Jahren, vollständig unentwickelt überhaupt? Haben Sie jemals einen geistigen oder seelischen Ausdruck bei mir gefunden?"

Der Versuch, von ihm wenigstens Klarheit über primitivere Funktionen, speziell über die Besonderheiten seiner Sinnesempfindungen zu bekommen, führt zu folgenden Äußerungen: Geschmack und Geruch habe er überhaupt nicht. Wenn er ab und zu einmal geraucht habe, so könne man das wohl nicht rauchen nennen, er habe nichts davon gemerkt. Von sonstigen Empfindungen, Schmerz und dergleichen kenne er nur „Qualempfindung". Er höre nur in nächster Nähe und habe sonst von allen



Lauten der Natur noch nie etwas gehört. Er sehe vom Arzt nur einen Teil, höchstens den Kopf und auch den nur im Schattenumriß. Statt der Sonne sehe er nur eine schwarze Scheibe, vom Himmel habe er noch nichts gesehen. Er wisse gar nicht, was das ist. Beim Zeitunglesen habe er nur so getan, als ob er lese, er könne nur Buchstaben aneinanderreihen, aber es entstehe kein Begriff, kein einziges Wort erwecke eine Vorstellung in ihm. Von Farben kenne er nur Schwarz und Weiß (bei entsprechender Prüfung bezeichnet er die verschiedenen Farben je nach ihrer Helligkeit durchweg als schwarz oder weiß), von den Dingen sehe er nur schwarze und weiße Striche. Ausdehnung und Form will er nicht kennen, zeichnet aber gleichzeitig auf Aufforderung ein paar mathematische Figuren richtig.

Geschlafen will er niemals haben, ebensowenig Geschlechtsempfindungen gehabt haben. Er sei überhaupt ganz impotent gewesen.

Von seiner Zukunft meint er: Wenn das bißchen scheinbare Leben aufgehört habe, das bißchen Bewegung, dann verscharren sie ihn auf dem Kirchhof und dann beginnt die furchtbare ewige Qual unter der Erde. Das passiere schon in ein paar Tagen. Hier drücke ihn zunächst nur der Fußboden mit jedem Schritt. Wenn er im Sarge liege, dann drücke es von allen Seiten.

Vom körperlichen Befund ist zu erwähnen, daß Degenerationsstigmata sowie hysterische Erscheinungen fehlen, ebenso alle Zeichen einer organischen Störung. Es besteht mäßige Arteriosklerose.

Bei einem Menschen ohne charakteristische erbliche Belastung, aber mit anscheinend depressiv-hypochondrischem Wesenseinschlag stellen sich dreimal im Laufe des Lebens — ungefähr in der Mitte der 20er Jahre, im 40. und 60. Lebensjahr — geistige Erkrankungen von beinahe photographischer Ähnlichkeit ein. Allmählich mit depressiver Verstimmung und abnormen körperlichen Sensationen einsetzend, entwickeln sie schnell eine umfassende systematische Wahnbildung, die fortan im wesentlichen das Krankheitsbild beherrscht. Die ganze Geistestätigkeit konzentriert sich hauptsächlich auf die Idee, kein natürliches lebendes Wesen, sondern eine tote, unbelebte Masse ohne jede Entwicklung und Fähigkeiten zu sein, und fälscht dementsprechend die auf die eigene Person bezüglichen Dinge der Gegenwart und Vergangenheit. An diesen hypochondrisch-nihilistischen Wahn knüpft sich ein Komplex von Erklärungswahnvorstellungen des Inhalts: daß dieser unbelebte Zustand die Folge besonderer Schädigungen sei, denen vor Entstehung des Patienten die Zeugungsorgane seiner Mutter durch Brunnenkuren und Aufenthalt in einem jüdischen Haushalt ausgesetzt gewesen seien, und diese Ideen selbst stützen sich



wieder auf eine ausgebaute wahnhafte Zeugungs- und Befruchtungstheorie. Dieser gesamte Wahnkomplex hält während der ganzen jeweiligen Krankheitsphase — das eine Mal an 15 Jahre — an und wird dabei, wie bei paranoischen Kranken, immer wieder logisch begründet und geschickt vertreten und verteidigt. Er weicht selbst beim Rückgang der depressiven Verstimmung nicht und wird sogar trotz einer — zumal in der 15jährigen Krankheitsphase — hervortretenden gemütlichen Indifferenz unverändert beibehalten. Schließlich kommt es aber jeweils doch wieder zum völligen Schwinden des Wahnkomplexes wie überhaupt zu einer so weitgehenden Wiederherstellung des Durchschnittszustandes, daß Patient in den zum Teil recht langen Zwischenzeiten durchaus zur Wiederaufnahme und Fortsetzung seiner beruflichen Studien bzw. Tätigkeit weiter fähig ist. Nur einmal — etwa im 30. Lebensjahre — schiebt sich eine kurzdauernde psychotische Episode mit Sinnestäuschungen und verworrenen Wahnideen in die krankheitsfreie Zeit ein.

Der Fall gibt sowohl im Hinblick auf die Diagnose wie auf den inneren Zusammenhang der einzelnen Krankheitserscheinungen zu einigen Bemerkungen Anlaß.

Die Diagnose: periodische Melancholie bzw. manisch-depressives Irresein drängt sich ohne weiteres auf. Die Entstehung ohne besonderen äußeren Anlaß — nur bei der ersten Erkrankung läßt sich die Annahme einer körperlichen Erschöpfung rechtfertigen, sonst höchstens eine vermutete Überanstrengung heranziehen —, der periodische — besser: phasenweise Verlauf, die beinahe völlige Heilung selbst nach langdauernder Krankheitszeit, dann weiter im Symptomenbild die primäre Depression mit Insuffizienzgefühlen, Selbstvorwürfen, Verschuldungsideen u. dergl., die zeitweise auftretende Angst und Unruhe mit entsprechenden Angstvorstellungen, die hypochondrisch-nihilistischen Ideen von charakteristischer Einförmigkeit und Färbung u. a. m. erscheinen durchaus typisch und beweiskräftig. Anderes, wie die stark hervortretenden Depersonalisationserscheinungen, lassen sich wenigstens zwanglos in den gleichen Krankheitsrahmen einfügen. Manches paßt freilich nicht so glatt in das typische Bild einer melancholischen Verstimmung. Daß gute und schlechte Tage mit wechselndem Zustandsbilde — besonders in der ersten Krankheitsphase — vorkommen, mag noch angehen. Schwerer wiegt schon



die allgemeine Eigenart des Zustandes und Verhaltens. „Gesellig war er meist sehr nett, zugänglich und verständig," heißt es ausdrücklich in *Kahlbaums* eigener Äußerung; „trägt sein Geschick mit Ruhe und Würde", besagt einer der *Kahlbaum*schen Monatsüberblicke. Das Behagen am Rauchen wird in allen drei Krankheitsanfällen als bezeichnend hervorgehoben, das Fehlen des entsprechenden Affektes trotz Wahnideen schwer depressiver Färbung immer wieder bei den verschiedensten Gelegenheiten in verschiedenster Weise gekennzeichnet. Im Laufe der 15jährigen Krankheitsphase tritt sogar in den späteren Jahren eine ausgesprochene Indifferenz und Gleichgültigkeit bzw. Gefühlsstumpfheit hervor. Aber selbst in den Zeiten, wo die depressive Verstimmung mit schwerem Insuffizienzgefühl unverkennbar zur Geltung kommt, zeigen sich an der Stelle, die das ganze Gefühlsleben an sich gezogen hat, Erscheinungen, die zu der Gemütslage nicht recht stimmen wollen. Sobald der R. beherrschende Wahnkomplex in Frage kommt — und hier dürfte wohl der beste Prüfstein für seine Affektivität zu suchen sein —, sobald, sage ich, es sich um seine Wahnideen dreht, zeigt er eine geistige Regsamkeit, eine Leichtigkeit in der Auffassung und Beweglichkeit in der Gedankenarbeit, die zumal in der Diskussion wegen des Gegensatzes zu der Grundstimmung verblüffend wirkt. Das in aller Ruhe erfolgende gewandte Eingehen auf Einwände aller Art, die prompte Heranziehung und Verwertung von Gründen und Gegengründen, von Beweisen und Gegenbeweisen, von Beispielen, Vergleichen, Bildern, Erläuterungen u. dergl., die gute, oft spitzfindige Kritik des fremden Standpunkts sowie der besonders in der schriftlichen Darstellung hervortretende Gedanken- und Ausdrucksreichtum, sind Erscheinungen, die nicht gerade als das übliche Zubehör melancholischer Bilder gelten können. Auch der Wahnkomplex selbst bietet inhaltlich sowohl wie formal mancherlei vom Bilde der Melancholie Abweichendes. Er geht inhaltlich über die gewöhnlichen melancholischen Selbstbeschuldigungs-, Versündigungs- und dergl. Ideen hinaus, eigene Verschuldung und Strafe wird vielmehr mit Entschiedenheit, ja mit Bitterkeit abgelehnt, fremde Schuld dagegen oder wenigstens fremde Fahrlässigkeit angenommen — und er baut in formaler Beziehung den melancholisch-hypochondrisch-nihilistischen Wahn systematisch aus, indem er zur Erklärung frühere Geschehnisse bestimmter Art und zur Begründung eine ganze umfassende naturwissen-

schaftliche Theorie heranzieht, sie einheitlich durchgearbeitet und logisch angegliedert in den Wahn mit einbezieht. Auch die lange Dauer der Wahngebilde, ihr jahrelang unveränderter Bestand — hielten sie doch das eine Mal an 15 Jahre an und dauern sie doch auch jetzt zuletzt schon wieder 5 Jahre — muß doch wohl als ungewöhnlich gelten. Schließlich fallen auch noch die eigenartigen Stereotypien in Haltung und Bewegung, welche speziell die erste Krankheitsphase auszeichneten (Wiegebewegungen des Körpers, automatisches Hin- und Herrollen des Bettdecke usw.) aus dem Krankheitsbilde heraus. Nun liegt es ja nahe, so manches von dem hier als atypisch Herausgehobenen aus der Mitwirkung manischer Elemente zu erklären und damit das abweichende Krankheitsbild einfach als einen Mischzustand aufzufassen. Ich kann aber nicht sagen, daß diese Deutung, so einfach und bequem sie an sich ist, mir nun ohne weiteres als erwiesen und ausreichend erscheint. Gewiß wird zuzugeben sein, daß wahnhafte Vorwürfe gegen andere, daß eine gewisse geistige Beweglichkeit, Aktivität und Produktivität bei der Ausarbeitung und Vertretung der Wahnideen an sich manische Symptome sein können. Deshalb ist man doch aber noch nicht gezwungen, sie in einem Falle so zu deuten, der sonst eigentlich nichts recht von der Eigenart manischer Gedankenbewegungen, nichts von Sprunghaftigkeit, Ablenkbarkeit usw. aufweist, bei dem ruhelose Vielgeschäftigkeit in Wort und Schrift ganz gewiß fehlen, und bei dem die Art der Verarbeitung und Begründung der Wahnbildung sowie die Stellungnahme gegenüber äußeren Angriffen auf diese Wahngebilde in aller Ruhe und überhaupt nicht viel anders erfolgt als sie sonst in Fällen reiner primärer Wahnbildung vor sich geht. Darüber hilft einem auch nicht die Annahme von noch so zirkumskripten manischen Partialstörungen hinweg. Daß auch die Krankheitsepisode vom Jahre 1881 mit ihren Sinnestäuschungen und verworrenen Wahnideen — soweit die allerdings etwas dürftige Kenntnis derselben ein Urteil gestattet — nicht gerade einen sicheren Schluß auf eine manische Erkrankung oder überhaupt eine zirkuläre Störung zuläßt, ist auch noch zu berücksichtigen. Sodann darf auch nicht unbeachtet bleiben, daß Ärzte, die den Patienten Jahre hindurch in seinem typischen Krankheitszustande beobachtet haben, zu andern Diagnosen gekommen sind („Paranoia“, „Spätkatatonie“ usw.), und daß Psychiater von der Bedeutung *Kahlbaums* und *Westphals* eine

andere Auffassung von dem Fall gewannen. In *Kahlbaums* mit bewundernswerter Sorgfalt geführter Krankengeschichte findet sich allerdings keine bestimmte Krankheitsbezeichnung, aber was sich sonst aus ihr entnehmen läßt, der Hinweis auf hysterische Züge und die Art der ärztlichen Behandlung des Patienten (weitgehendste Heranziehung zu allen Anstaltszerstreuungen, zu Ausflügen, Bergbesteigungen, ja selbst zu Wasserpartien!), läßt doch wohl den Schluß zu, daß der Fall in *Kahlbaums* Augen keine Melancholie war. *Westphal* hat die Erkrankung klipp und klar wiederholt als Paranoia hypochondrica bezeichnet, die aus dieser Auffassung sich ergebende ungünstige Prognose auch in praktisch folgenschwerer Weise in Mitteilungen an Behörden usw. zum Ausdruck gebracht und die nachträgliche Heilung selbst als eine unerwartete anerkannt. Diese Tatsachen lassen sich doch nicht einfach mit dem Hinweis auf die Unzulänglichkeiten der damaligen Diagnostik abtun. Zur Erkennung eines melancholischen Zustandsbildes hätte es wohl bei Autoren dieser Art auch noch gereicht, und wenn sie wirklich — infolge allgemeiner Rückständigkeit der Psychiatrie Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts — zu diagnostischen Fehlschlüssen gekommen wären, dann doch wahrscheinlich eher in dem Sinne, daß sie einmal eine Melancholie zu viel als zu wenig diagnostiziert hätten. Alles dies legt einem im Verein mit den obigen Unstimmigkeiten doch die Verpflichtung auf, bevor man sich endgültig auf manisch-depressives Irresein festlegt, erst noch einmal nachzuprüfen, ob sich das Krankheitsbild nicht etwa ungezwungener in den Rahmen einer andersartigen Krankheitsform einfügt.

In der ersten Krankheitszeit und noch ziemlich weit darüber hinaus hätte man sehr wohl an eine Dementia praecox denken können. Der Beginn der Erkrankung in jugendlichem Alter, die initiale Depression mit neurasthenisch-hypochondrischen Zügen, die nachfolgenden absurden hypochondrisch-nihilistischen Wahnideen, denen die allgemeine Affektlage und das sonstige Verhalten durchaus nicht immer adäquat war, des weiteren auch die eigenartigen abnormen Haltungen sowie die Bewegungsstereotypien legten gewiß den Verdacht nahe. Die nach etwa 2 Jahren erfolgte Heilung sprach noch nicht dagegen. Auch die halluzinatorische Episode einige Jahre später konnte sehr wohl als neuer schizophrener Schub aufgefaßt werden. Und selbst die dritte Erkrankung vom Jahre 1891 durfte in ihrem weiteren Verlauf



noch in diesem Sinne verwertet werden, denn das Bild, das R. schließlich während der 15 Jahre dauernden Krankheitsphase darbot: das völlig affektlose, wunschlos-indifferente Verhalten, die weitgehende Vernachlässigung des Äußeren, der Verlust der äußeren Haltung (Aufsammeln und Rauchen fremder Zigarrenstummel!), das einförmige Verharren an derselben Stelle des Zimmers und Benutzen derselben Wege und schließlich und nicht zuletzt das monotone, automatisch-affektlose Herleiern der gleichen Wahnideen, alle diese Züge wiesen auf einen Dauerzustand hin, wie er durchaus den abgelaufenen Endzuständen schizophrener Prozesse entspricht. Der weitere Verlauf hat gelehrt, daß diese Diagnose nicht aufrechtzuerhalten, ja daß sie wohl überhaupt nicht mehr diskutabel ist. Der enorme Rückgang der scheinbar schon in einen definitiven Defektzustand ausgelaufenen Erkrankung, den man beinahe als eine Heilung ansprechen darf, das Fehlen jedes eigentlichen Persönlichkeitszerfalls, die Erhaltung der geistigen und gemütlichen Ansprechbarkeit, die Fähigkeit zur Anpassung an die längst entwöhnten Lebensverhältnisse, die ohne besondere Schwierigkeiten erfolgende Neuorientierung und Einfügung im beruflichen und Privatleben, die fehlende Verstumpfung und Versumpfung des seelischen Lebens trotz ununterbrochenen einförmigsten Anstaltsaufenthalts von anderthalb Dezennien, und dies alles in den Jahren physiologisch nachlassender geistiger Elastizität und natürlichen Rückgangs der seelischen Kräfte: dies sind doch unverkennbare Beweise dafür, daß ein seelischer Zerfallprozeß vom Charakter der Dementia praecox — und selbst ein solcher leichteren Grades — nicht gut vorgelegen haben dürfte.

Auch eine paranoische Erkrankung selbständiger Art muß in Betracht gezogen werden. Nicht allein deshalb, weil äußerlich die Wahngebilde dauernd die Szene beherrschen, weil sich um sie in so ausgesprochener Weise das ganze geistige Leben dreht, daß die Verstimmung bei der Betrachtung des Zustandsbildes eher als etwas Sekundäres, erst aus diesen Wahnvorstellungen Hervorgegangenes erscheint, sondern vor allem darum, weil sich auch wesentlichere Eigenschaften an diesem Vordergrundsyndrom finden, die man als typisch paranoische anzusprechen gewohnt ist. Gerade für einen paranoischen Prozeß ist ja bezeichnend, was sich unverkennbar hier feststellen läßt: daß die geistige Arbeit in weitgehendem Maße im Dienste des Wahns



steht und in seinem Sinne vor sich geht, daß Urteilstätigkeit, Logik und Kritik dem Ausbau, der Durcharbeitung, der Begründung und Verfechtung der wahnhaften Ideen dienen, daß trotz ausreichend erhaltener und bei andern Gelegenheiten auch ungestört vor sich gehender Verstandesfunktionen ein Ausgleich und eine Korrektur der verfälschten Ideen nicht erfolgt, vielmehr umgekehrt weitere Bewußtseinsinhalte entsprechend beeinflußt, die Erinnerungen gefälscht, die Auffassung von allerlei Vorkommnissen verändert werden. Denkt man nun noch an die übliche Kennzeichnung der Paranoia: eine aus abnormer Selbstempfindung hervorgegangene Veränderung der Gesamtpersönlichkeit und damit verbundene Verschiebung des persönlichen Standpunkts, so muß man eigentlich sagen, daß diese Charakteristik, wenn je, dann hier zutrifft, wo auf dem Grunde krankhaft veränderter Organ- und Allgemeinempfindungen usw. sich die wahnhafte Überzeugung eines von allen Lebewesen völlig abweichenden Ichs erhebt und demgemäß die gesamte Stellungnahme gegenüber allen Erscheinungen verrückt wird. Die Betrachtung des Krankheitsbildes in allen ihren Verlaufseigenheiten bringt einen von dem hier eingeschlagenen Wege wieder ab. Selbst wenn man einen in ausgesprochenen Schüben mit ausgesprochenen Intermissionen verlaufenden paranoischen Prozeß, eine Art „periodischer Paranoia", gelten lassen wollte, so kommt man doch nicht darüber hinweg, daß die Auseinanderwicklung der pathologischen Phänomene in den einzelnen Krankheitphasen immer wieder die depressive Verstimmung als das Primäre, das Hauptmoment und die Grundlage für die sonstigen Erscheinungen erkennen läßt. Ihr gebührt daher auch der Vorrang bei der pathognostischen Bewertung, ihr gegenüber verlieren die sekundären, vorzugsweise im Vorstellungsgebiete sich abspielenden Symptome an diagnostischem Wert, mögen sie auch im Krankheitsbilde selbst sich noch so sehr in den Vordergrund drängen und damit dem Vorstellungsleben den Hauptanteil am Krankheitsprozeß zuweisen.

Über das Vorliegen einer Hysterie wird man kaum ernstlich zu diskutieren brauchen trotz *Kahlbaums* Hinweis auf die hypochondrischen Sensationen und Beschwerden von hysterischer Form und Ausprägung. Alles das, was man vielleicht heranziehen könnte, die absurden, durchaus nicht immer von adäquatem Affekt begleiteten, übertrieben anmutenden hypochondrischen Ideen, die gelegentliche Zu-



gänglichkeit für psychische Einflüsse, gewisse Schwankungen im Zustandsbilde, die Rückbildung selbst nach jahrelangem Bestehen, alles dies, meine ich, wiegt nicht schwer genug, um ernsthaft den Gedanken an eine hysterische Störung nahezulegen. Im übrigen fehlen alle für Hysterie typischen Erscheinungen, eine exquisite Labilität, Flüchtigkeit, Oberflächlichkeit und Beeinflußbarkeit der Krankheitszüge, die charakteristischen Dissoziativ-, Spaltungs- und Suggestivphänomene auf seelischem wie insbesondere auch auf körperlichem Gebiete, die hysterische Daueranomalie in Form der entsprechenden Charakterartung usw. Auch ätiologisch wären die Anfälle als hysterische nicht recht verständlich, wenn man etwa die gegenwärtig so weitgehend anerkannten Wunschmomente als die wirksamen pathogenen Kräfte heranzieht. Es ist durchaus nicht erfindlich, was zu einer solchen Flucht in die Krankheit, in den Wahn der Nichtexistenz geführt haben könnte, zumal damit durchaus kein holder Selbstbetrug, wie bei vielen sonstigen hysterisch-wahnhaften Einbildungen, sondern vielmehr ein Übergang aus „Gottes ewiger Herrlichkeit" (wie Patient selbst das Leben nennt) in das qualvolle Bewußtsein eines elenden Nichtseins verbunden ist. Wirtschaftliche Schwierigkeiten, die vielleicht nach den wiederholten Erkrankungen und Anstaltsaufenthalten im späteren Mannesalter als wirksames Motiv in Betracht kommen konnten, dürften doch bei der ersten Erkrankung in der Referendarszeit kaum in Frage gekommen sein. Aber auch sonst bliebe doch die Wahl der Zweckpsychose die denkbar unglücklichste und unzweckmäßigste. Um diesen Widerspruch auszugleichen nun nach *Schilder*s Vorgang eine mißglückte Flucht aus der Wirklichkeit ins rein geistige Leben anzunehmen, erscheint mir nicht allein deswegen unangebracht, weil damit eine doch wohl schon zu weitgehende Psychologisierung eines an sich vielleicht innerhalb gewisser Grenzen richtigen und berechtigten psychogenetischen Prinzips vorgenommen wird, sondern vor allem auch darum, weil nichts, aber auch gar nichts an dem Falle selbst einen Anhalt für diese Vermutung abgibt. Aber selbst wenn man trotz aller Bedenken sich dazu entschließen würde, einen solchen Mechanismus und solche psychische Triebkräfte der Entstehung der Erkrankung zugrunde zu legen, so wäre es doch nicht recht verständlich, wie nun die Rückbildung des Krankheitszustandes mittels analoger psychischer Kräfte erfolgte. Ungleich größer als die Schwierigkeiten, die



beispielsweise mit 40 Jahren im besten Mannesalter die Flucht in die Krankheit als den geeigneten Ausweg aus der Wirklichkeit finden ließen, mußten doch die Erschwerungen sein, die mit 55 Jahren im beginnenden Rückbildungsalter nach jahrelangem Anstaltsaufenthalt und längst erfolgtem Abbruch aller Beziehungen zur bürgerlichen und beruflichen Umgebung schließlich doch wieder die psychische Rückkehr in die Wirklichkeit erlaubten.

Eine neurasthenische Psychose, eine Störung auf dem Boden nervöser Erschöpfung kommt gleichfalls nicht recht in Betracht. Die schwächenden körperlichen Erkrankungen, die der ersten psychotischen Störung vorangingen, und das neurasthenische Vorstadium mit trüber Verstimmung und allgemeinen neurasthenischen und hypochondrischen Beschwerden, wie es besonders die erste Krankheitsphase einleitete, lassen ja vielleicht daran denken. Das ganze übrige Krankheitsbild führt aber in Symptomen wie Verlauf sowohl der Qualität wie der Intensität und Dauer nach so weit von dem weg, was man bei nervösen Erschöpfungszuständen und dergleichen anzutreffen pflegt, daß eine differentialdiagnostische Abwägung der Einzelheiten ohne weiteres sich erübrigt. — Auch die Annahme einer konstitutionellen Psychopathie mit episodischen Depressionen reicht zur Erklärung des Krankheitsbildes in seinem ganzen Umfange nicht aus. Schon was man an Wahnbildungen gelegentlich bei solchen Zuständen antrifft, sieht doch ganz anders aus. Es handelt sich dabei mit Vorliebe um mehr oder weniger flüchtige, wahnhafte Eigenbeziehungen, um Beachtungs-, Verachtungs-, Beeinträchtigungsideen und dergleichen, vielleicht auch einmal um solche hypochondrischer Färbung, kaum je aber wohl um Wahngebilde von solcher Schwere, Ausprägung, Ausarbeitung und Dauer. Gegenüber diesen Differenzen in den vorherrschenden Symptomen können ein paar übereinstimmende Einzelheiten diagnostisch kaum etwas besagen. Das gleiche gilt auch für die Annahme einer Psychasthenie mit episodischen Depersonalisationszuständen. Gewiß läßt sich auch in diese Konstitutionsanomalie mit ihren charakteristischen Störungen ebenso wie in die eben erwähnte, ihr im Wesen ja recht nahestehende, um nicht zu sagen: identische, so manches an dem Krankheitsbild ohne Schwierigkeit einordnen. So etwa der depressiv-hypochondrische Wesenseinschlag, die Depressions- und Angstphänomene, gewisse an Zwangserscheinungen

gemahnende Äußerungen, zum Teil auch die eigentümlichen Haltungen und Bewegungen, die wohl als Reaktionen auf hypochondrische Empfindungen und Vorstellungen nach Art der hypochondrischen Anfälle aufgefaßt werden können usw. Auch ein periodisches Auftreten von Depersonalisationserscheinungen kommt ja bei Psychasthenikern vor, und die aus ihren abnormen Körperempfindungen hervorgehenden Beschwerden geben sie ja oft genug in ähnlichen Ausdrücken wie leblos, wie tot sein und dergleichen wieder. Immerhin bleibt doch in diesen Fällen das Krankheitsbewußtsein, das Bewußtsein des bloß subjektiven Charakters und Ursprungs der empfundenen Veränderungen im allgemeinen erhalten, und daher bleibt es auch bei den bloßen Klagen über das Gefühl, als ob sie unbelebt, als ob sie tot usw. wären, kaum je aber kommt es — und zum mindesten nicht über einen so langen Zeitraum — zu einem solchen schweren, umfassenden und fixierten Wahn. Das Entscheidende erscheint mir aber auch hier wieder, daß eine solche Auffassung des Falles die primären Depressionserscheinungen in ihrer klinischen Bedeutung im Krankheitsbilde nicht genügend und nicht richtig würdigt.

So führen schließlich auch die differentialdiagnostischen Erwägungen zur Diagnose manisch-depressives Irresein zurück, und man wird an dieser um so eher festhalten können, als das Krankheitsbild wenn auch keine alltäglichen Züge, so doch immerhin im Grunde nichts darbietet, was unbedingt gegen diese Diagnose spräche.

Ebenso wie die Feststellung der Krankheitsform unterliegt nun auch die Klarlegung des inneren Zusammenhangs der einzelnen Krankheitszüge, speziell soweit die Wahnphänomene in Betracht kommen, gewissen Schwierigkeiten.

Als Ausgangsmomente und Grundlage für diese Wahnerscheinungen müssen — das ist auf Grund der Tatsachen unbestreitbar — die melancholische Verstimmung auf der einen, die Depersonalisationssymptome auf der andern Seite gelten. Nun läßt sich aus den das Depersonalisationsbild zusammensetzenden abnormen Empfindungen und Beschwerden nicht viel mehr als die hypochondrischen Ideen in ihrer Sondergestaltung, in Inhalt, Richtung und Färbung erklären. Dagegen ist schon das, was ihren Wahncharakter ausmacht, ihr unbeeinflußbarer Realitätswert, wie die Erfahrungen an den typischen Fällen mit einfachen Depersonalisationssymptomen zur Genüge beweisen,



nicht mehr aus diesen Störungen ableitbar. Aus der melancholischen Verstimmung erklären sich gleichfalls ohne weiteres die entsprechend depressiv gefärbten Ideen, aus ihr wird aber außerdem verständlich — wenigstens soweit es sich um Depressionszustände von ausreichender Ausprägung und Intensität handelt, daß die dieser Stimmung adäquaten Vorstellungen vollen Wirklichkeitscharakter erhalten. Was nun aber am Wahnbild über diese beiden Einzelheiten hinausgeht, ist durch diese beiden Grundstörungen nicht erklärt. Das gilt insbesondere von jenem Komplex von Erscheinungen, die im Vorhergehenden bereits wiederholt als paranoisch anmutende herausgehoben wurden und in der Darstellung selbst in Selbstschilderungen, Briefen und dergleichen charakteristisch genug hervortraten, vor allem also das Weitergreifen der primären melancholischen Wahnideen, ihr systematischer Ausbau durch Angliederung von Erklärungs- und sonstigen wahnhaften Anschauungen, die gründliche logische und kritische, in sich ganz folgerichtige Vertretung und Verfechtung dieser Ideen, wie überhaupt die ganze weitgehende Betätigung der Verstandesfunktionen im Sinne des Wahns. Alle diese, wenn man so sagen darf, paranoischen Bestandteile des Krankheitsbildes lassen sich doch wohl nicht einfach mit dem Einwand abfertigen, daß mehr oder weniger lange festgehaltene Erklärungs- und ähnliche Wahnideen im Gefolge depressiver Wahnvorstellungen bei der Melancholie etwas Alltägliches seien, denn was man sonst etwa an solchen Gebilden bei Melancholien antrifft, läßt sich seinem Umfang, seiner Dauer, seiner Ausprägung und Bedeutung innerhalb des Gesamtbildes nach doch wohl nicht ohne weiteres in Parallele mit den hier vorliegenden Wahnerscheinungen setzen. Zur Erklärung nun den üblichen Lückenbüßer, eine Art hypochondrisch-paranoische Konstitution, heranzuziehen, läge vielleicht im Hinblick auf die schon vor der ersten Erkrankung wie auch in den gesunden Intervallen hervortretenden hypochondrischen Neigungen nahe, immerhin dürfte auch sie zur Deutung von Erscheinungen der hier gegebenen Art nicht voll genügen, wie sie ja auch sonst nur gerade die Basis für übertriebene Krankheitsbefürchtungen oder allerhöchstens für allerlei wahnhafte Krankheitsüberzeugungen abgibt. Daß auch das Hineinspielen manischer Elemente mir zur Erklärung dieses Falles noch nicht ausreichend und sicher erscheint, wurde schon vorher erwähnt. Die *Specht*schen Auseinander-



setzungen, bis zu einem gewissen Umfange gewiß berechtigt, treffen im wesentlichen doch wohl für andersgeartete Wahngebilde zu. Erleichtert würde freilich — das ist nicht abzuleugnen — das Verständnis der noch nicht erklärten symptomatologischen Phänomene ganz erheblich, wenn man in einem Umfange, den ich für viel zu weitgehend halte, die Mitwirkung allerlei manischer Partialstörungen gelten läßt: Inhalt, Färbung, Richtung der Ideen wäre dann von der Depression sowie den Depersonalisationszügen bestimmt, der Wirklichkeitscharakter im wesentlichen von der Schwere der Verstimmung und alles Formale, der Ausbau, die aktive Vertretung usw. vom manischen her.

Immerhin bliebe auch dann noch ein ungeklärter Rest, nämlich Tenazität des Wahnkomplexes, seine Beibehaltung und Festhaltung auch nach Zurücktreten des depressiven Affekts, wie es hier unverkennbar der Fall ist. Man könnte direkt von einer Loslösung des Wahns vom wahnbildenden und -erhaltenden Affekt reden, wenn man sieht, wie beispielsweise in der ersten Krankheitsphase auch zu Zeiten freier Stimmung und guten Aufgelegtseins die Wahngebilde vorgebracht werden, wie der Patient kurz vor der Heilung von diesem ersten Anfall nach den Schilderungen der Schwester in jeder Hinsicht, in Stimmung, Verhalten, Tun und Lassen, wie jeder andere Mensch erschien, und er überhaupt nicht aufgefallen wäre, wenn er nicht immer noch die alten Wahnideen geäußert hätte, und wie er schließlich in der 15jährigen Krankheitsphase trotz anhaltender Stumpfheit, Indifferenz und Affektlosigkeit die Wahnideen unverändert beibehielt. Mit dem depressiven Affekt stehen und fallen aber doch nun einmal im allgemeinen bei melancholischen Zuständen die stimmungsadäquaten Wahnvorstellungen. Für ihre mit mehr oder weniger großer Entschiedenheit vertretene Beibehaltung und Festhaltung müßte man dann eben analog sonstigen Erfahrungen andersartige Momente zur Erklärung heranziehen. Man müßte annehmen, mit der Fixierung und der Ausbreitung der Wahnbildung sei zugleich eine solche Veränderung der allgemeinen verstandes- und gefühlsmäßigen Stellungnahme, eine solche Verschiebung des persönlichen Standpunkts eingetreten, daß von dem einmal gewonnenen und konsolidierten wahnhaften Standpunkt aus nun dauernd alles angesehen wird. Das hieße dann aber nichts anderes, als daß sich an den melancholischen Zustand ein paranoischer angeschlossen hätte. Oder man müßte seine Zu-



flucht zur Annahme eines Residualwahns nehmen, der gewissermaßen aus alter Gewohnheit beibehalten und vielleicht durch die anscheinend auch noch zurückgebliebenen Depersonalisationserscheinungen gegen den Verfall gestützt wird. Aber auch dann wäre nicht verständlich, wie dieser ganz absurde, ständig mit allen Lebensäußerungen in gröbsten Widerspruch tretende und durch sie stets von neuem widerlegte Wahn bei sonst logischer und kritischer Gedankentätigkeit nicht doch fallen gelassen oder so weit korrigiert wird, daß die subjektive Natur der ihm zugrunde liegenden abnormen Selbstempfindungen schließlich ebenso wie in andern Fällen von Depersonalisation erkannt wird. Eine Lücke in der Auffassung der symptomatologischen Zusammenhänge scheint mir also in jedem Falle zurückzubleiben.

Was nun speziell noch die Depersonalisationsphänomene angeht, so ist von ihnen eigentlich — trotz ihres unverkennbar starken Hervortretens im Krankheitsbilde — in klinischer Hinsicht nicht viel zu holen. Differentialdiagnostisch helfen sie einem wohl überhaupt nicht weiter — sie finden sich ja in analoger Weise bei den verschiedensten hier zur Diskussion gestellten Störungen, bei der Psychasthenie, der Dementia praecox usw. so gut wie bei der Melancholie; an den Wahnsymptomen erklären sie, wie erwähnt, auch nicht viel, und schließlich geben sie auch keinen weitgehenden Aufschluß über die allgemeinen Eigenheiten dieser eigentümlichen Entfremdung des eigenen Ichs und seiner Empfindungs- und Wahrnehmungswelt. Die Ausbeute in dieser Hinsicht ist überraschenderweise viel geringer, als es der ungemeinen Ausprägung und Bedeutung der Erscheinungen im vorliegenden Falle entspricht, und als sie in weniger prägnanten Fällen zu sein pflegt. Daß alle die anerkannten und charakteristischen Depersonalisationsphänomene: die Störungen in den körperlichen Organ- und Allgemeinempfindungen, in den Begleitgefühlen der körperlichen und geistigen Funktionstätigkeiten, der daraus sich ergebende Realitätsverlust für das körperliche und geistige Ich, seine Lebensbetätigungen und seine Beziehungen zur Außenwelt, daß, sage ich, alle diese verschiedenartigen Entfremdungsphänomene usw. durchweg hier vorhanden sind, daran kann nach den bezeichnenden Selbstschilderungen des Falles wohl kein Zweifel sein. In der allgemeinen Darstellung sind sie zur Genüge herangeholt und herausgehoben worden. Gegenüber dem Versuch einer systematischen Aufstellung

und Klarlegung versagt freilich der Fall völlig. Alles, was man bei dem Bestreben, die einzelnen Störungen planmäßig zu prüfen, erhält, ist von vornherein so sehr durch die wahnhaften Anschauungen entstellt, daß es keinesfalls als Ausdruck des tatsächlichen inneren Zustandes und Erlebens gelten kann. So etwa, wenn Patient bei der Prüfung der Gesichtswahrnehmungen behauptet, er sehe vom Arzte nur einen Teil, höchstens den Kopf, und auch den nur im Schattenumriß, oder er könne von Farben nur Schwarz und Weiß unterscheiden, und dies bei der Probe auch entsprechend, wenn auch nicht in der Art wirklich Farbenblinder, durchführt, und ähnliches mehr.

So ist und bleibt das epikritische Ergebnis des Falles im Grunde recht dürftig. Doch war es nicht sowohl das, was sich über den Fall sagen läßt, als vielmehr, was er von selbst darbietet, wodurch sich mir die Veröffentlichung zu rechtfertigen schien.

Über einen von einem Geisteskranken ausgeführten Raubmord[1]).

Mit kurzem Nachtrag über die Irrenverhältnisse Kurlands.

Von

Dr. med. **Harald Siebert,**

leitendem Arzt der städtischen Irrenanstalt in Libau.

Der großen Anzahl von Geisteskranken ausgeführter Verbrechen glaube ich auch eine weitere kasuistische Mitteilung anschließen zu dürfen.

Am Nachmittage des 27. März 1916 war der Althändler I. B. mit einem seiner Umgebung unbekannten Manne von Hause fortgegangen, um einen alten Schrank zu kaufen. Da er im Laufe des Tages und der folgenden Nacht nicht heimkehrte, wandte sich die Frau des B. an die Polizei, weil sie einen Unglücksfall oder ein Verbrechen vermutete; letzteres wäre auch wahrscheinlich, da ihr Mann eine Summe im Werte von etwa 200 M. in barem Gelde bei sich führte. Zuletzt habe den B. eine ihr bekannte Frau mit einem jungen Manne gehend gesehen, der letztere soll angetrunken gewesen sein.

Die diese Angabe machende Frau konnte, als Zeugin vernommen, ferner angeben, daß sie den betreffenden jungen Mann zusammen mit einem andern am 28. März in ein in der Nähe ihrer Wohnung befindliches Haus hineingehen sah. Bei der unverzüglich vorgenommenen Durchsuchung des Hauses wurde in einer dunklen, kleinen Kammer die Leiche des vermißten B. gefunden. Die angestellten Ermittlungen ergaben, daß unzweifelhaft ein Raubmord vorlag, der in der Wohnung des Arbeiters und Seefahrers Johann K. verübt worden war. — K., ein in K.s Wohnung befindlicher, der gesamten Umgebung unbekannter Mann und die Ehefrau des K., welche gerade heimkehrte, wurden wegen dringenden Verdachts in Haft genommen.

[1]) Veröffentlicht mit Genehmigung des Vorsitzenden des K. Deutschen Bezirksgerichts.

K., der noch betrunken war, wollte zuerst von einem Morde oder von einer erschlagenen Person nichts wissen und behauptete (bei seiner ersten Vernehmung), das zum Trinken gebrauchte Geld vom Verkauf seiner Sachen zu haben, ohne daß er hiernach gefragt wurde. Erst als ihm vorgehalten wurde, daß dann seine Ehefrau einen jüdischen Händler umgebracht habe, gab er an, daß seine Ehefrau unschuldig sei, und daß er die Tat allein ausgeführt habe. Morgen wolle er alles sagen.

Am 29. März erklärte K. bei der Leichenschau, daß er den Leichnam des B. wiedererkenne. Eine Sektion wurde nicht ausgeführt.

Das kreisärztliche Gutachten erwähnte unter anderem auch folgende Punkte: Im Gesicht rechts an der unteren Seite des Jochbeins in der Richtung von links oben schräg nach rechts unten eine etwa 2½ cm lange, durch Blutgerinnsel verklebte Wunde. Eine halb so große, gleichfalls durch Gerinnsel verklebte Wunde befindet sich hinter dem linken Ohr an der Grenze des Schläfen- und Hinterhauptbeines; am Halse auf beiden Seiten Eindrücke einer Umschnürung durch einen breiten Strang. Voraussichtliche Todesursache: Betäubung durch Schläge oder Hiebe auf den Kopf und, falls alsdann noch nicht durch starken Blutverlust der Tod eingetreten ist, Erstickung durch ein um den Hals geschnürtes Handtuch oder breites Band.

Laut Protokoll des K. Deutschen Bezirksgerichts machte K. am 30. März folgende Angaben, welche von mir in den für den Psychiater wichtigen Punkten wiedergegeben werden.

„Geboren den 11. April 1892 (alter Zeit), lettischer Nationalität, evangelisch-lutherischer Konfession. Von den russischen Gerichten nie vorbestraft. Vor wenigen Wochen von der deutschen Polizei mit 20 M. bestraft, weil ich in der Betrunkenheit Skandal gemacht. Mein Vater war 22 Jahre lang Expedient einer großen Bank und bekleidete an derselben eine ganz gesicherte Stellung. Er starb vor etwa 2 Jahren. Vom 8. Lebensjahre an besuchte ich eine Privatschule 3 Jahre lang, war dann bis zum 16. Lebensjahre Schüler der Kommerzschule (etwa Typus der Realschule). Nachdem ich die 4. Klasse der Schule (etwa Untertertia) besucht, ging ich zur See. Ich bin auf verschiedenen Segel- und Dampfschiffen gefahren, bin in überseeischen Orten nur stunden- oder tageweise gewesen. Während der Fahrten verdiente ich gut; seit Kriegsausbruch lebte ich, da ich keine Beschäftigung hatte, mit meiner Mutter und meiner unlängst verstorbenen Schwester zusammen. Wir haben im Laufe der letzten 1½ Jahre mehrere Wohnungen innegehabt, die ich aber alle nicht mehr genau bezeichnen kann. Seit dem Herbst 1915, als meine Mutter die Stadt verließ, lebte ich mit meiner jetzigen Frau zusammen. — Seit Kriegsausbruch habe ich zeitweise Beschäftigung gehabt, dann aber wieder ohne solche gelebt. Nach der Besetzung Libaus durch die deutschen Truppen im Mai 1915 habe ich Taglöhnerdienste verrichtet. Da meine jetzige Frau mitverdiente, kamen wir gut aus. Geheiratet haben wir am 20. Februar 1916. In der letzten

Zeit ging es uns sehr schwer, da wir keine festen Arbeitsmöglichkeiten fanden. Um existieren zu können, verkauften meine Frau und ich unsere Sachen, ferner veräußerte ich auch Sachen meiner vom Ort verzogenen Mutter. Ich verkaufte Sachen an den Althändler B., so auch am 27. März Stiefel und einen Stuhl.

Von meinem Verdienst habe ich oft einen Teil vertrunken, oft aber auch den größten Teil meiner Frau abgegeben. Zu trinken habe ich auf den Schiffen angefangen, es wurde dort so viel getrunken, daß die Leute ganz bewegungslos waren. Nach Kriegsausbruch habe ich in der ersten Zeit gar nicht getrunken; Alkohol war ja damals verboten und im Handel nicht zu haben. Dann habe ich wieder so recht zu trinken angefangen seit Weihnachten 1915. Besonders trank ich den blauen Brennspiritus. Jeden Tag war ich nicht betrunken, dazu fehlte auch das Geld.

Ich bin mehrmals ärztlich behandelt worden, da ich bereits in der Schule nervenkrank war. Vor Jahren war ich in der städtischen Irrenanstalt und in „Thabor“ bei Mitau. Die Ärzte verboten mir jeden Alkoholgenuß.

Am Montag dem 27. März haben meine Frau und ich Sachen verkauft, weil wir die bereits oben erwähnte Geldstrafe von 20 M. bezahlen wollten, damit ich nicht in Haft geriete. Für Stuhl und Stiefel erhielt ich etwa 2½ M. Dieses Geld vertrank ich sofort. Meine Frau suchte dieses zu verhindern, indem sie mich aus der Wirtschaft fortführen wollte, darauf ging sie Arbeit suchen, während ich im unbezähmbaren Verlangen, noch weiter zu trinken, mich zu Hause nach verkäuflichen Dingen umsah. Ich hatte die Idee, alles zu verkaufen, um dann vom Ort fortzuziehen und anderweitige Arbeit zu suchen. Ich wandte mich dann an den Althändler B. und bat ihn, mich zu begleiten, um meine Sachen zu kaufen. Zu Hause zeigte ich B. meine Einrichtung, er besah alles und rückte diverse Sachen beiseite; hierauf bot er mir für den gesamten Inhalt etwa 50 M. Er bot mir ein geringes Handgeld an, da er scheinbar begierig war, die Sachen zu kaufen. Über dieses geringe Angebot war ich, wo ich das Doppelte erwartet hatte, äußerst empört. Der Einzelheiten unserer Verhandlung entsinne ich mich nicht mehr, nehme an, daß ich mich heftig gezankt habe. Ich erinnere mich nur, daß ich plötzlich den Hammer ergriff, der sich jetzt eben bei den Akten befindet; derselbe lag auf einem am Fenster stehenden Geschirrschrank.

Wie ich den Hammer angefaßt, und ob ich mit der stumpfen oder spitzen Seite geschlagen habe, erinnere ich mich heute nicht mehr. Ich habe eben die Seite genommen, die mir gerade in die Hand kam, als ich den Hammer ergriff. Hätte ich mir die Sache vorher überlegt und den Hammer zurechtgestellt, dann hätte ich gewußt, welche Seite ich nehmen sollte, und würde mich heute dessen erinnern. Nach meiner Erinnerung habe ich B. auf die Schläfe geschlagen, ob links oder rechts, weiß ich nicht, ebenso nicht, wie wir zueinander standen. Nachdem ich einmal auf ihn

auf Grund von Kleinigkeiten einsetzende Erregung steigert sich dann gelegentlich, wie es beobachtet wurde, bis zur furibunden Tobsucht. Auf Fragen erfolgen zutreffende Antworten, die Orientierung ist ungestört. Ein Krankheitsgefühl besteht, eine Krankheitseinsicht fehlt. Bei längeren Gesprächen läßt sich eine starke Verminderung und Einschränkung der geistigen Fähigkeiten nachweisen. Sinnestäuschungen können nicht nachgewiesen werden.

Wird nach „Thabor“ verlegt.“

Nachtrag: Etwa 1 (?) Jahr nach der Entlassung aus der städtischen Anstalt in Libau soll K., der wieder zur See gegangen war, eine Messerstecherei mit einem amerikanischen Matrosen vorgehabt haben. (Diese Angelegenheit kann jedoch nicht durch Dokumente bestätigt werden, es handelt sich hierbei um die Angaben eines Anstaltspflegers.)

Eine größere Betrügerei, welche K. etwa 6 Monate vor dem Morde ausgeführt, bei der wesentlich interessant der Umstand erscheint, daß er auch Möbel verkaufen wollte, vor Abschluß des Geschäfts jedoch den Althändler ersuchte, viel Geld mitzunehmen, kommt in dieser Arbeit für die Beurteilung der Psyche des K. nicht weiter in Betracht. Von allen sonstigen Gerichtsverhandlungen, welche in Zeugenaussagen und Erklärungen enthalten sind, ist nichts, was psychiatrischer Erwähnung bedarf. Beachtenswert erscheint hingegen die Person von K.s Frau zu sein. Sie ist etwas über 17 Jahre alt, repräsentiert den Typus des infantilen Menschen: klein, zierlich gebaut, von blassem Aussehen. Eine enorm lebhafte Erregbarkeit der Hautvasomotoren fällt einem sofort auf, wenn man sie auch nur flüchtig betrachtet; innerhalb weniger Augenblicke wechselt in ihrem Gesicht eine flammende Röte mit tiefer Blässe. Sie hat, wie bereits oben erwähnt, vor Abschluß einer formellen Ehe bereits längere Zeit mit K. zusammen gelebt, also gewissermaßen als halbes Kind schon einen freien Lebenswandel begonnen. Sie ist in ihrem Wesen auch jetzt noch das reine Kind; ihre Affekte sind leicht geweckt, nur sind sie oberflächlich und ebenso labil wie ihre Stimmung. Sie hat angeblich sich nicht den geringsten Gedanken darüber gemacht, daß ihr jetziger Mann starker Trinker ist und früher bereits längere Zeit in Anstalten für Geisteskranke untergebracht war.

Dieses sind im wesentlichen alle objektiven Tatsachen, die mir für die Beurteilung der Persönlichkeit K.s zur Verfügung standen, sowohl in bezug auf das Vorleben als auch in bezug auf den Mord selbst. Nach eingehender Untersuchung K.s erstattete ich folgendes Gutachten:

„K. ist genau von mir beobachtet worden. Auf körperlichem Gebiet besteht als auffällige Erscheinung das Vorspringen beider Augäpfel. Dieses Phänomen läßt in erster Linie daran denken, daß hier eine *Basedow*sche Krankheit bestehe, doch spricht das völlige Fehlen aller sonstigen Symptome gegen die Annahme eines solchen Leidens. Die von K. öfters gemachte Angabe, er hätte ein starkes Stechen im Herzen, ist als eine lediglich



nervöse Empfindung zu deuten, da am Herzen keinerlei Störungen der Funktion nachzuweisen sind. An den Hautdecken besteht eine allgemeine Überempfindlichkeit in allen Empfindungsqualitäten, sonst lassen sich von Seiten des Nervensystems keine Störungen nachweisen.

Auf psychischem Gebiet haben wir es bei K. mit zwei schädigenden Faktoren zu tun. In erster Linie ist es der endogene Faktor, die Gehirnkrankheit, über deren nähere Entstehungsursachen die psychiatrische Wissenschaft zurzeit außerstande ist, exakte Angaben zu machen. Durch ärztliche Aussage wissen wir, daß bereits im etwa 16. Lebensjahre die Krankheit voll entwickelt war und K. bereits damals auf psychischem Gebiet versagte. Es handelte sich bei ihm um die sogenannte Dementia praecox, das Jugendirresein. Der Zustand hat sich dann zeitweise scheinbar gebessert, dann aber wieder verschlechtert, so daß wir es hier mit einem schubweisen Verlauf der Krankheit zu tun haben.

Als zweites schädigendes Moment ist der exogene Faktor zu erwähnen, der enorme Alkoholgenuß. K. hat besonders stark in den Entwicklungsjahren getrunken, als das Gehirn bereits invalide war, und in der letzten Zeit noch den methylalkoholhaltigen blauen Brennspiritus gebraucht. Eine alkoholische Seelenstörung habe ich bei K. nicht nachweisen können, muß aber betonen, daß das Trinken bei bereits bestehender Geisteskrankheit seinen schädigenden Einfluß in bedeutend größerem Maße entfalten mußte.

Der Geisteszustand des K. weist folgende charakteristische Züge auf. Hervorstechend ist eine völlige Apathie, eine Gleichgültigkeit. Es ist schwer, ihn aus derselben aufzurütteln. — Das Gedächtnis ist gut, desgleichen weist die Merkfähigkeit keine wesentliche Störung auf; immerhin läßt sich dies schwer nachweisen, da K. von beiden Geistesqualitäten ungern Gebrauch macht, weil seine Aufmerksamkeit enorm schnell ermüdet. Dies ist auch der Grund, warum bei längerem Befragen die anfangs präzisen Angaben späterhin immer spärlicher und ungenauer werden. Die Schulkenntnisse sind ungenügend, entsprechen keineswegs dem, was er einst gelernt. Die Kombinationsfähigkeit kann sich überhaupt nur in den allerniedrigsten Grenzen bewegen. Die ethischen Empfindungen sind stumpf. Teilnahmlos, wie er in seinem Betragen gegen seine Außenwelt ist, verhält er sich auch jeder das innere menschliche Wesen angehenden Angelegenheit gegegenüber. Mit Begriffen wie Liebe, Mitleid usw. operiert er wohl, ohne daß dabei ein Affekt mitspielt. Er sagt, es sei ihm auch völlig gleichgültig, ob B. lebt oder nicht. Es besteht bei K. ein Krankheitsgefühl, nur verlegt er es fälschlicherweise in das ihm zuweilen Beschwerden bereitende Herz, ein Krankheitsbewußtsein und eine Krankheitseinsicht fehlen, da er sich strikt dagegen verwahrt, geisteskrank zu sein. Die Orientierung, ist ungenügend, was aber wohl auch wieder eine Folge der Aufmerksamkeitsstörung ist.

Diese Anzeichen erhärten in meinen Augen die Auffassung vom Bestehen einer Dementia praecox bei K. Ich muß im Anschluß hieran die bei dieser Krankheit oft vorkommenden plötzlichen Einfälle und unvermittelten Wutausbrüche erwähnen, welche das Gesamtwesen eines solchen Kranken momentan verändern können. Aus K.s Vorgeschichte sind dieselben öfters erwähnt. Im Angriff gegen B. lag kein unmotivierter Wutausbruch vor, sondern ein plötzlicher Einfall, um sich durch B.s Betäubung oder Mord in den Besitz des Geldes zu setzen. Der vorausgegangene Alkoholgenuß hat entschieden Einfluß auf die Tat gehabt, die genossene Quantität hat jedoch keine wesentliche Bedeutung.

Ich schließe aus allem, daß K. an einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit leidet und daß er die Tat im Zustande der Bewußtlosigkeit begangen hat."

Das Bezirksgericht erkannte hierauf sowie Bezug nehmend auf die anfänglich von Dr. *Chr. Siebert*, als sachverständigem Zeugen, über K.s Geisteskrankheit gemachten Angaben, auf Freisprechung auf Grund des § 39 des russischen Strafgesetzbuchs [1]) (analog dem § 51 des deutschen Strafgesetzbuchs), veranlaßte jedoch die dauernde Unterbringung des K. in einer geschlossenen Irrenanstalt.

Nachtrag. Die an und für sich betrübende Tatsache des Mordes an B. hat aber ihre tieferliegenden Gründe. Im Laufe einer mehrjährigen Tätigkeit als Sachverständiger an den früheren russischen Gerichten habe ich in einer großen Anzahl von Mordversuchen, schweren Körperverletzungen und groben Gewalttätigkeiten, die von Geisteskranken, meist katatonischen, ausgeführt worden waren, mein psychiatrisches Gutachten erstatten müssen. Es erfolgte dann stets die Freisprechung, bisweilen erst nach mehrmonatiger Beobachtung in einer staatlichen Irrenanstalt, und dann wurde der unsoziale Geisteskranke in die Freiheit gesetzt! Diese Tatsachen rechtfertigen es vielleicht auch, wenn ich an dieser Stelle eine kurze Schilderung der Irrenverhältnisse Kurlands gebe. Das Land ist 27 025 qkm groß und hatte vor dem Kriege eine Einwohnerzahl von 734 300 Seelen.

Folgende Anstalten für Psychischkranke sind in Kurland vorhanden [2]):

1. Das Kollegium der allgemeinen Fürsorge in Mitau, das einzige staatliche psychiatrische Institut Kurlands. Es sind dort etwa

[1]) In Kurland und Litauen bedient sich die deutsche Zivilverwaltung zurzeit des russischen Strafgesetzbuchs.

[2]) Vgl. *H. Laehr*, Die Anstalten für Psychischkranke. Berlin 1912. — *H. Hildebrand*, Über den Stand der Irrenfürsorge in Kurland. Prot. des I. kurl. Ärztetages. 1908. Petb. med. Wschr.



120 Kranke untergebracht; stets mußten 10 Plätze für forensische Fälle reserviert bleiben. Der Modus der Aufnahme in dieses Institut war ein äußerst beschwerlicher, der angemeldete Kranke wurde als Kandidat auf einen freien Platz unter eine lange Reihe von Namen eingetragen. 1907 betrug die Zahl der Aufnahmekandidaten über 400 (!). Hierbei muß ferner berücksichtigt werden, daß es sich bei den im Kollegium untergebrachten Kranken meist um chronische Zustände handelte, so daß eigentlich nur der zufällige Tod eines Kranken dem Kandidaten die Aufnahme ermöglicht. Im übrigen ist das Kollegium, was seine Einrichtungen anbelangt, ein Institut, das den Anforderungen, welche die moderne Psychiatrie stellt, keineswegs gewachsen ist und bei einem eventuellen Neubau einer Heil- und Pflegeanstalt in Kurland unbedingt vom Erdboden verschwinden müßte.

2. Die der kurländischen Ritterschaft gehörende Heil- und Pflegeanstalt „Günthershof" bei Mitau. Dieses Institut hat etwa 80 Plätze und ist nach allen Grundregeln der modernen Psychiatrie erbaut, es steht unter der kundigen und erprobten Leitung des Herrn Dr. *H. Hildebrand.* Für die soziale Frage des Landes dürfte indes diese Anstalt nicht in Betracht kommen, da sie nur eine erste und zweite Verpflegungsklasse aufweist, so daß sie den ärmeren oder wenig bemittelten Bevölkerungsschichten überhaupt nicht oder nur vorübergehend zugänglich ist, obgleich der Verpflegungspreis etwa 110—150 M. monatlich für die Güte der Anstalt nicht hoch bemessen ist.

3. Die Anstalt „Thabor" bei Mitau, Eigentum der evangelisch-lutherischen Predigersynode. Dieses Institut beherbergt etwa 250 Kranke, welche allerdings meist, aber nicht ausschließlich den ärmeren Bevölkerungsschichten angehören. Ebenso wie „Günthershof" ist „Thabor" nicht nur Kurländern zugänglich, und aus dem benachbarten Livland werden diese beiden Anstalten, teils wegen der Güte der Institute, teils wegen der relativ billigen Verpflegungssätze, oft aufgesucht. Im übrigen ist „Thabor" nur für Epileptische und Schwachsinnige gedacht, welche „ruhigen" Charakters sind; es ist auch stets bei der Aufnahme eine diesbezügliche ärztliche Bescheinigung einzureichen. Eine regelrechte Heil- und Pflegeanstalt für Psychischkranke ist „Thabor" dank dieser die Aufnahme einschränkenden Klausel also nicht.

4. Die psychiatrische Abteilung am Stadtkrankenhause in Libau, ein kommunales Institut, gedacht in der Art der in Deutschland üblichen Stadtasyle für Geisteskranke. Bei der Errichtung der Anstalt vor 15 Jahren wurde mit dem Bau einer kurländischen Heil- und Pflegeanstalt gerechnet, so daß dieses Asyl gewissermaßen das Geisteskrankenmaterial der Stadt Libau (90 000 Einwohner) sichten sollte. Vor Kriegsausbruch hatte die russische Regierung, der schließlich die Fürsorge der Geisteskranken in Kurland oblag, weder einen Ort für diese zu bauende Anstalt ausfindig gemacht, noch auch annähernd Schritte getan, um die



eventuelle Finanzierung des Baus und des Unterhalts einzuleiten. Mithin fiel für das Stadtasyl das damals gedachte Ventil fort, um sich stets zu entlasten. Bei etwa 20 Plätzen fanden in den letzten Jahren bis 180 jährliche Aufnahmen statt, darunter als Folge einer See- und Hafenstadt 20% Delirium tremens und 20% progressive Paralyse. Statt 20 mußten 30 und mehr untergebracht werden, während selbstmordgefährliche und allgemeingefährliche Kranke aus der Stadt wegen extremer Überfüllung keine Aufnahme finden konnten.

So ist es, im wesentlichen betrachtet, mit den Irrenverhältnissen Kurlands bestellt. Auf den ersten Blick scheint ja alles recht zweckentsprechend und günstig eingerichtet zu sein, zum Beispiel daß drei psychiatrische Institute allein in Mitau (etwa 45 000 Einwohner) sind. Bei genauem Zusehen machen sich hingegen die Mißstände allseitig bemerkbar. Würde auch in der Tat, z. B. in Mitau, eine größere und allen sozialen Anforderungen entsprechende Heil- und Pflegeanstalt eingerichtet werden, so würde damit das Übel noch lange nicht behoben sein. Zurzeit wird im ganzen Lande jede Kommune, jede Landgemeinde noch immer von der Erfahrung geleitet, daß zur Unterbringung eines Geisteskranken in einer Anstalt Jahre (vgl. die oben erwähnten 400 (!) Kandidaten) erforderlich sind. Aus der Umgebung Libaus wurden geisteskranke Landbewohner oft in der Weise in die psychiatrische Abteilung hineinbefördert, daß man sie zur Stadt brachte, dort zeitweise bei Verwandten wohnen ließ und dann bei dem geringsten Anlaß die Hilfe der beamteten Ärzte oder der Polizei in Anspruch nahm; das Resultat war dann, daß der meist hochgradig unsoziale Geisteskranke zwangweise der städtischen Irrenabteilung überwiesen wurde. Hierdurch entwickelte sich eine extreme Überfüllung dieses Instituts, und aus der ursprünglich gedachten Durchgangstation wurde allmählich eine Anstalt für chronische Geisteskranke. Oft müssen daher aus rein äußeren Gründen Kranke aus der von mir geleiteten Anstalt entlassen werden, die eigentlich durchaus noch Objekte der Anstaltspsychiatrie sind, bloß um noch dringlicheren Fällen Raum zu schaffen.

Andrerseits wäre mit dem Erledigen aller dieser Fragen allein noch lange nicht das Übel gänzlich beseitigt. In einem Lande, wo das Publikum noch nicht gewöhnt ist, mit den Prinzipien der modernen Psychiatrie in unmittelbare Fühlung zu treten, ist es schwer, eine große Reihe von Kranken in ständige Behandlung zu bringen, die doch der-

selben dringend bedürfen. Die sentimentalsten Gründe werden dann stets vorgebracht, ferner Motive über Behandlung und Heilungsaussichten angeführt, die stets von der allerlaienhaftesten Unkenntnis geleitet sind. Und doch kann das Publikum nur dadurch für die Beurteilung des Wertes einer Irrenanstalt gewonnen werden, daß es sich persönlich an der Hand von Erfolgen von dem Segen der Anstalten überzeugt. Vor dem Kriege hatte Kurland schätzungsweise (ich habe hierbei auch ein Referat *Pellings*[1]) im Auge) an 2000 Geisteskranke, doch dürfte diese Zahl wohl zweifellos zu niedrig gegriffen sein, da es sich hierbei um Angaben der Gouvernements-Medizinalverwaltung handelte. Um sich von einem Heilverfahren überzeugen zu können, muß man auch in der Lage sein, in gewisse Verhältnisse Einblick zu gewinnen, und solch eine Möglichkeit ist leider dem allergeringsten Teile der Bevölkerung Kurlands gegeben. Für zahlungsfähige Kranke ist in „Günthershof" stets in akuten Fällen eine Aufnahmemöglichkeit vorhanden, und auch der ärmeren Bevölkerung Libaus steht bedingterweise diese Möglichkeit offen, hingegen ist dem gesamten Lande eine solche Möglichkeit nicht gegeben. Abgesehen von den kümmerlichen Verbindungswegen, besonders den spärlichen Bahnlinien, ist es tatsächlich unausführbar, Geisteskranke in entsprechenden Heilstätten unterzubringen, wie die oben angeführten Tatsachen ja das ganze Bild illustrieren. Es sind alles in allem etwa 450 Plätze vorhanden, davon ist noch ein Teil von Nichtkurländern belegt, und schätzungsweise dürfen wir mit etwa 2000 Geisteskranken (vielleicht sogar noch mit mehr) rechnen. Die Lage der meisten Geisteskranken, welche in primitiven Armen- und Gemeindehäusern, in Ställen, Verschlägen, usw. untergebracht sind, ist daher im höchsten Grade trostlos. Daraus ist zu ersehen, wie reformbedürftig die Irrenfürsorge Kurlands ist. Es sollen hier natürlich keine Vorschläge gemacht werden, in welcher Weise diesen Mißständen am ehesten abzuhelfen sei, es soll lediglich auf diese brennenden Fragen hingewiesen werden.

Hoffentlich schafft die Zukunft bald Verbesserungen!

[1]) Protokolle des II. kurl. Ärztetages, 1910. Ptbg. med. Zschr.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

93. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 25. Juni 1916 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Baucke*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Deiters*, *v. Ehrenwall*, *Ennen*, *Fabricius*, *Förster*, *Flügge*, *Gerhartz*, *Gudden*, *Herting*, *Herzfeld*, *Höstermann*, *Hübner*, *Jannes*, *Krapoll*, *Kellner*, *Liebmann*, *Linzbach*, *Loeb*, *Lückerath*, *Mörchen*, *Neuhaus*, *Niemeyer*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pfahl*, *Raether*, *Rieder*, *Rumpf*, *Sauermann*, *Schmitz*, *E. Schultze*, *Sioli*, *Stallmann*, *Umpfenbach*, *v. d. Helm*, *Voß*, *Voßschulte*, *Wahn*, *Wassermeyer*, *Westphal*, *Wiehl*, *Wilhelmy*, *Witte*.

Als Gäste anwesend: *Balkhausen*-Neuenahr, *Habermann*-Bonn, *König*-Bonn, *Langheld*-Coblenz, *Marré*-Bonn, *Noack*-Coblenz, *Sioli*-Frankfurt a. M., *Sostmann*-Ahrweiler, *Wildenrath*-Pützchen bei Bonn.

Zum Eintritt in den Verein hat sich gemeldet: Privatdozent Dr. *König*-Bonn.

Nach Begrüßung der Mitglieder und Gäste macht der Vorsitzende Geh.-Rat *Pelman* davon Mitteilung, daß seit der letzten Vereinssitzung im Juni 1914 gestorben sind: Geh.-Rat *Kohlmann*-Coblenz, *Leers*, Gerichtsarzt in Essen-Ruhr, Sanitätsrat *Longard*-Siegmaringen, Professor *Steiner*-Cöln, Professor *Thomsen*-Bonn, Mitglied des Vorstandes des Psychiatrischen Vereins, Geh.-Rat *Tigges*-Düsseldorf, Oberarzt *Werner*-Andernach.

Durch Akklamation werden in den Verein aufgenommen: Dr. *Fritz Jacoby*-Sayn, der Arzt der Kuranstalten in Ahrweiler Dr. *Jos. v. Ehrenwall* und die Ärzte der Prov.-Heilanstalt Bedburg-Hau, Kreis Cleve, Dr. *Lurz* und Dr. *Tödter*.

Die Ersatzwahl für das verstorbene Vorstandsmitglied Professor *Thomsen* soll verschoben werden bis nach Schluß des Krieges, und macht der Vorsitzende schon jetzt darauf aufmerksam, daß der Antrag gestellt werden soll, § 3 der Statuten betr. Vorstandswahl zu ändern.

Es folgen die Demonstrationen und Vorträge:



Westphal: Über Kriegsneurosen, insbesondere über Gehstörungen auf psychogener Basis. (Demonstrationsvortrag.)

Der Vortragende knüpft an einen im Beginn des Krieges gehaltenen Vortrag [1]) über nervöse Erkrankungen im Kriege an und führt aus, daß seine weiteren Erfahrungen im wesentlichen die damaligen Ausführungen bestätigt haben. Die nervösen Erkrankungen im Kriege zeigen nichts prinzipiell Verschiedenes von den im Frieden zu beobachtenden Neurosen, es muß aber zugegeben werden, daß gewisse Formen, wie z. B. die psychogenen Störungen des Gehörs und der Sprache, in größerer Häufigkeit vorkommen, andere Symptome, wie das Zittern und seine Abarten, eine besondere Mannigfaltigkeit der Erscheinungen darbieten und begleitende psychische Störungen mitunter eine charakteristische Färbung durch die Kriegserlebnisse erkennen lassen. Wenn sich nun auch für die Symptomatologie der Neurosen keine wesentlich neuen Gesichtspunkte ergeben haben, hat sich doch zweifellos infolge der überaus reichen, an den verschiedensten Stellen gemachten Erfahrungen das Interesse für das Studium der Genese der nervösen Störungen vertieft, worauf die zahlreichen, bereits zu einer umfangreichen Literatur angewachsenen Publikationen über dieses Thema hinweisen. Im Rahmen eines Vortrages kann ich nicht des näheren auf diese Veröffentlichungen und die sich an dieselben anschließenden Diskussionen eingehen; ich möchte aus der Gesamtheit der nervösen, durch den Krieg gezeitigten Erscheinungen hier eine bestimmte Gruppe, die der Bewegungsstörungen an den unteren Extremitäten, herausgreifen und an der Hand einer Reihe charakteristischer Fälle demonstrieren.

1. B. W., Musketier. Granateinschlag in den Keller eines Hauses, wobei ihm ein Balken auf den Kopf fiel. Hierauf beim Weitermarsch starke Kopfschmerzen, Auftreten von Krampfanfällen. Wird in einem eigenartigen Verwirrtheitszustand eingeliefert mit dem Verdacht auf Gehirnabszeß. Unorientiert, amnestische Defekte, apathisches, stumpfes Wesen, zwischendurch sonderbar läppisches Verhalten, gesucht unsinnige Antworten (Vorbeireden). Frage, ob Schizophrenie oder hysterischer Dämmerzustand vorlag, blieb längere Zeit unentschieden. Bei allmählichem Zurücktreten der psychischen Störungen, Auftreten einer linksseitigen Hemiparese, die nach Art der Ausbreitung der Lähmung und nach der Art der Gangstörung eine organisch bedingte Hemiparese nachahmte. Linksseitige Analgesie, „Ovarie", vasomotorische Störungen, Steigerung der Sehnenreflexe. Pat. gibt an, 1907, als er von einem Wagen angefahren, aber nicht überfahren worden war, von einer gleichen Lähmung befallen worden zu sein, die jedoch bald wieder ganz geschwunden sei. Pat. ist zurzeit psychisch völlig frei, es besteht Amnesie für die Zeit des Dämmer-

[1]) Über nervöse und psychische Erkrankungen im Kriege. Med. Klin. 1915, Nr. 14.



zustandes. Die Lähmung geht unter konsequent durchgeführter Übungstherapie bei energischer suggestiver Beeinflussung allmählich zurück.

2. W. F., Landsturmmann. Eltern gesund, eine Tante nervös. Sein Sohn soll zeitweilig auch nicht gehen können. Pat. selbst hat in der Schule schlecht gelernt, viel an Kopfschmerzen gelitten. Seit dem Jahre 1912 will er zeitweilig an Schwäche in den Beinen gelitten haben, so daß er nicht mehr gehen konnte und monatelang nicht gearbeitet hat. Am 20. Mobilmachungstage eingezogen, entwickelte sich allmählich auf Patrouillendienst die jetzige Gehstörung, die unter mancherlei Schwankungen der Intensität noch fortbesteht. Gehen und Stehen ohne Krücken nicht möglich, Pat. läßt beim Gehen die Beine wie zwei Stöcke unbeweglich in charakteristisch übertriebener Weise nachschleifen. Die Muskeln können willkürlich nicht innerviert werden, nur beim Versuch, die Zehe des rechten Fußes zu bewegen, sieht man die Streckmuskeln am Fußrücken ganz geringe Bewegungen ausführen, ohne jedoch einen Bewegungseffekt hervorzurufen. Pat. bietet das Bild einer schlaffen Paraplegie der unteren Extremitäten dar. Die Sehnenreflexe sind gesteigert. Es besteht strumpfförmige Anästhesie beider Unterschenkel bis zum Kniegelenk. Konjunktival- und Kornealreflexe sind abgeschwächt. Im übrigen normaler Befund am Nervensystem.

3. A. J., Musketier. Der Großvater nervös gewesen, viel „Herzleiden" in der Familie. Pat. erkrankte auf dem Marsche zur Stellung an Anfällen, die sich im Lazarett häufig wiederholten. Zurzeit große hysterische Anfälle mit Bogenbildung, abwechselnd mit stuporösen Zuständen. Gang exquisit spastisch paretisch auf den Fußspitzen schleifend, ohne Stock nicht möglich. Andeutung von Propulsion.

Patellarreflexe wegen Spannens schwer zu prüfen, sind vorhanden. Kein Babinski, kein Oppenheim. Komplete Analgesie der Körperoberfläche. Es besteht eine doppelseitige schlaffe, nicht auf Krampfzustand der Orbiculares beruhende Ptosis. Um sehen zu können, wirft er den Kopf nach hinten herüber, wodurch sich die Ptosis verringert. Kein Kontrakturzustand der Frontales.

Zeitweilig hysterischer Strabismus mit Doppelsehen. Es besteht Mutismus, nur selten wird einmal ein tonloser Laut herausgebracht.

Ausgesprochen vasomotorische Störungen — Tachykardie, Urticaria factitiva.

4. F. W., Militärkrankenwärter. Angeblich keine nervöse Belastung. Am 2. März 1916 schlug eine Granate ein in den Wagen, in dem Pat. fuhr. Er wurde in einen Graben geschleudert, verlor nicht das Bewußtsein. Mit Ausnahme einiger leichten Quetschungen keine Verletzung. Seit diesem Unfall hat Pat. „keine Kraft mehr in den Gliedern", kommt, auf 2 Krücken gestützt, in die Klinik. Der Gang ist ein ganz bizarrer. Pat. hält sich windschief; die eine Schulter in die Höhe gezogen, die andere gesenkt, bewegt er sich mit den seltsamsten Verdrehungen des Rumpfes

mühsam vorwärts. Pat. behauptet, nicht mehr gehen zu können, seitdem ihm gesagt worden sei, er habe einige Rippen gebrochen. Infolge dieses Rippenbruches habe der Körper keinen Halt mehr, so daß er sich nur mit Krücken mühsam auf die beschriebene Weise vorwärtsbewegen könne.

Lebhafte Sehnenreflexe, Zittern der ausgestreckten Hände. Starke Herabsetzung des Konjunktival- und Kornealreflexes. Durch Druck der Krücken, auf die er sich besonders rechts krampfhaft stützt, neuritische Erscheinungen im r. Ulnarisgebiet. Es wird dem Pat. nach eingehender Untersuchung versichert, daß seine Rippen nicht gebrochen seien, und ihm am Röntgenbilde der intakte Zustand seiner Rippen demonstriert. Danach sehr schnelle Besserung des Zustandes, so daß Pat. jetzt fast völlig geheilt stundenlang ohne Krücken, nur noch mit leichter Schiefhaltung des Rumpfes, spazieren geht.

5. M. P., Musketier. Angeblich keine nervöse Belastung. Alle Märsche und drei Sturmangriffe gut vertragen. August 1915 durch eine Granate verschüttet mit längere Zeit dauernder Bewußtlosigkeit. Danach Schmerzen im ganzen Körper und Zittern in den Gliedern. Sehnenreflexe gesteigert, l. bei der Prüfung auf Fußklonus einige Klonusschläge. An Rumpf und Extremitäten fast völlige Analgesie. Öfters hysterische Anfälle von langer Dauer, Gehen und Stehen ist nur an zwei Stöcken möglich. Der Gang ist dadurch bemerkenswert, daß der rechte Fuß beim Versuch, einen Schritt zu machen, stark um ca. 90° nach außen gedreht und erst beim Vorsetzen des Beines wieder nach innen rotiert wird. Besonders bei Erregungen tritt diese Gangstörung, die bis jetzt in keiner Weise beeinflußt werden konnte, in sehr deutlicher Weise hervor.

6. W. K., Landsturmmann. Angeblich keine nervöse Belastung. Erkrankte, nachdem er sich auf einem langen Marsche sehr angestrengt hatte, mit zunehmendem Schwächegefühl in den Beinen. Depressive Stimmung. Hypästhesie an den unteren Extremitäten, Tachykardie, Gang nur an Stöcken möglich, ganz ähnlich wie der des soeben demonstrierten Pat., mit starker Abduktion des l. Fußes, die sich bei ihm aber nicht im Moment der Abwicklung der Sohle vom Boden, sondern erst später bei der Ausführung des Schrittes in exzessiver Weise einstellt, um nach ausgeführtem Schritte wieder zu verschwinden. Eine Ursache der eigenartigen Stellungsanomalie des Fußes, wie Schmerzen, Kontrakturen oder dergleichen, war in diesen beiden Fällen nicht nachweisbar.

7. S., Kriegsfreiwilliger [1]). Über hereditäre Verhältnisse nichts bekannt. Pat. wurde durch einen Granateinschlag im Schützengraben verschüttet. Keine schweren Verletzungen, nur einige Kontusionen, besonders des l. Unterschenkels und Fußes, die besonders beim Versuch von Bewegungen schmerzhaft waren. Während der Behandlung in verschiedenen

[1]) Über diesen Fall habe ich in der Versammlung süddeutscher Nervenärzte und Psychiater 3. Juni 1916 kurz berichtet.



Lazaretten entwickelte sich die eigenartige Stellungsanomalie des l. Unterschenkels und Fußes, wegen deren Pat. in unsere Klinik überführt wurde. Es handelte sich um eine Auswärtsrotation des l. Fußes um 180°, so daß bei parallel gerichteten Füßen der l. Hacken nach vorn, die Zehen nach hinten standen. Die l. Wade war dabei nach vorn, das Kniegelenk nach außen gedreht (siehe Textfigur). Im Bett lag der l. Fuß völlig nach außen rotiert, bei leicht gebeugtem Knie, mit seiner äußeren Kante der Unterlage auf. Die Muskulatur des Unterschenkels fühlte sich gespannt an, schon bei leichtem Druck traten Schmerzen auf. Außerhalb des Bettes beim Stehen und Gehen trat sofort wieder die beschriebene bizarre Stellung des Fußes ein. Pat. vermochte trotz dieser hochgradigen Verdrehung des l. Unterschenkels und Fußes flott zu gehen, verlangte wieder an die Front zurück. Der Gang



des Pat. mit nach vorn gerichteten Hacken und nach hinten gedrehten Zehen bot ein recht sonderbares Bild dar.

Der Versuch, passiv die abnorme Fußstellung zu redressieren, rief die lebhaftesten Schmerzäußerungen hervor und mißlang vollständig. In den betroffenen Muskelgruppen waren häufig neben fibrillären Zuckungen ausgiebige klonische Krämpfe gröberer Muskelbündel, die als sehr schmerzhaft bezeichnet werden, zu konstatieren. Es bestand am l. Fuß und Unterschenkel eine strumpfförmige Zone, bis etwas über das Knie hinaufreichend. Bis auf leichte vasomotorische Störungen (Tachykardie) im übrigen normaler Befund, insbesondere ließ die Röntgenuntersuchung

an den Gelenken und Knochen keine Veränderungen erkennen. Psychisch etwas theatralisches Wesen, lebhafter Stimmungswechel und abnorme Reizbarkeit.

Die Behandlung war sehr langwierig und stieß auf große Schwierigkeiten. Hypnose-Versuche, elektrische Behandlung versagten völlig. Es gelang schließlich nach Richtigstellung des Fußes in leichter Narkose, durch Streckverbände die unter energischster Suggestion angelegt wurden, die Störung ganz allmählich zu beseitigen, so daß Pat. als garnisondienstfähig entlassen werden konnte und noch heute Dienst tut.

8. M., Reservist. Eine Schwester leidet an Krämpfen. Pat. stets leicht erregbar, lernte schwer, macht etwas debilen Eindruck. Pat. blieb mit dem r. Bein im Drahtverhau der eigenen Stellung hängen. Gleich danach krampfartiger Zustand, Zittern, Gefühllosigkeit und Kälte im r. Bein. Zurzeit noch leichtes Zittern und Schwächegefühl im r. Bein. Objektiv r. nicht erschöpfbarer Fuß- und Patellarklonus. Ein leichtes Herabziehen der Patella, ein Schlag mit dem Hammer genügt, um rhythmische, gleichmäßige Zuckungen im M. quadriceps fem. auszulösen, die sich nicht erschöpfen, sondern kontinuierlich andauern. Die Erscheinung ist konstant, zu jeder Zeit nachweisbar. Auch der Fußklonus zeigt den Charakter des nicht erschöpfbaren Fußzitterns. Kein Babinski. Kein Oppenheim. Augenhintergrund normal. Befund am Nervensystem bis auf Hypästhesie an der r. unteren Extremität und Tachykardie (210—180 Pulse), ohne Besonderheiten.

9. P., Reservist. Angeblich keine Heredität, stets erregbar, von mäßiger Intelligenz. Schon früher bei Ermüdung öfters Zittern der Beine. Zum ersten Mal dem feindlichen Feuer ausgesetzt, trat stärkeres Zittern in den Beinen auf, welches in der Ruhestellung nachließ, ein Gefühl von Schwäche in denselben blieb zurück und Neigung zum Zittern bei Erregungen; zurzeit objektiv beiderseits nicht erschöpfbarer Fußklonus. Sehr lebhafter Patellarreflex und ein erschöpfbarer Patellarklonus beiderseits. Rechts ausgesprochene Hypästhesie. Im übrigen normaler Befund.

10. F. K., Reservist. Vater gelähmt. Keine sonstige hereditäre Belastung. Im Felde Sturz vom Pferde, danach Schmerzen in den Beinen. Während der Lazarettbehandlung Auftreten von starkem Zittern im r. Bein, welches allmählich auch die l. Seite mitergriff. Objektiv in beiden Beinen beim Liegen, Sitzen und Stehen tonische und klonische Zuckungen mit lebhaftem Zittern, Erscheinungen, die beim Versuch zu gehen sofort verschwinden, so daß der Gang nichts von pseudospastischen Erscheinungen oder Tremor darbietet, nur etwas ungeschickt und hinkend ist. Befund am Nervensystem im übrigen negativ.

11. S. K., Fahrer. Angeblich keine hereditäre Belastung. War stets nervös, leicht erregbar, nie ernstlich krank.

Im Felde 1915 fiel ihm ein Sack Hafer auf den Rücken, danach einige Zeit bewußtlos, es sei ihm dabei hellrotes Blut aus dem Munde geflossen.



Nach dem Schwinden dieser krankhaften Erscheinungen nach der Heimat beurlaubt, wurde ihm auf der Fahrt dorthin von Kameraden gesagt, „er sei schwindsüchtig“, weil er einen Blutsturz gehabt habe. Hierüber große Aufregung und bald darauf Krampfanfälle, die sich in der Folgezeit noch mehreremal nach psychischen Erregungen einstellten. Im Anschluß an diese Anfälle entwickelte sich das heftige Zittern, wegen dessen Pat. in die Klinik kommt.

Pat. kommt auf Stöcke gestützt, Gehen ohne Stütze nicht möglich. Der Gang ist steif, spastisch paretisch, jedoch kein ausgesprochenes Schleifen auf den Fußspitzen. Bei jedem Versuch, aufzustehen und zu gehen, lebhaftes Zittern der unteren Extremitäten, welches sich auch auf Rumpf und Extremitäten fortpflanzt. Starkes Zittern der ausgestreckten Hände, welches sich bei Zielbewegungen zu förmlichem Schütteln steigert.

Sehnenreflexe sehr lebhaft. Komplete Analgesie der Körperoberfläche.

Pat. klagt über Kopfschmerzen, Schmerzen im Nacken und Hinterkopfe. Psychisch zeigte Pat. zuerst ein eigenartiges Verhalten, machte einen etwas kindisch-läppischen Eindruck, gab falsche Antworten bei den einfachsten Fragen. Auffallende Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit.

Der Verlauf zeigte, daß es sich um einen vorübergehenden Zustand „hysterischer Pseudodemenz“ gehandelt hatte.

12. S. J., Wehrmann. Eltern sowie 12 Geschwister leben und sind gesund. Pat. nie krank oder nervös gewesen.

September 1915 durch Granatenexplosion verschüttet. Keine äußere Verletzung. Lag 3 bis 4 Monate zu Bett. Sofort nach der Verschüttung starkes Zittern, besonders in den Beinen, heftige Rücken- und Kreuzschmerzen. Die l. Seite war wie gelähmt. Schlaflosigkeit, größere gemütliche Erregbarkeit.

Gehen breitbeinig, spastisch paretisch, nicht ohne Stütze möglich. Sofort beim Aufstehen heftiges Zittern in den Beinen, welches sich bei jedem Schritt steigert und schließlich den ganzen Körper ergreift. Sehnenreflexe lebhaft. Allgemeine Hyperästhesie bei sensiblen Reizen. Auffallende psychische Störungen. Pat. ist zeitlich unorientiert. Kann Namen seiner Frau und Kinder erst nach langem Besinnen nennen. Kennt den Namen seines Leutnants und Feldwebels, die Hauptstadt von Deutschland nicht. Bei einfachen Rechenaufgaben verblüffend falsche Angaben. $4 \times 5 = 5$, dann 4 usw. Stimmung deprimiert, ängstlicher Gesichtsausdruck.

Das wechselvolle Verhalten dieser psychischen Störung, ihre Abhängigkeit von suggestiven Einflüssen zeigte, daß kein schizophrener Zustand, sondern „hysterische Pseudodemenz“ vorliegt.

13. K., Invalide. Am 14. August 1914 Überfall in der Schlucht bei Schirmeck mitgemacht. Seitdem andauernd sehr aufgeregt. Bis 29. Januar



1915 bei der Truppe. Dann wegen plötzlicher Aphonie ins Lazarett. Als er im Mai 1915 im Erholungsurlaub war, bekam er angeblich zuerst „beim Sitzen ein Springen des Oberkörpers“, nachdem er dies von einem andern Kranken im Lazarett gesehen hatte. Später trat das Springen auch beim Gehen auf. Pat. bietet zurzeit das Bild des sogenannten saltatorischen Reflexkrampfes dar. Bei jedem Versuch, zu gehen, treten hüpfende Tanzbewegungen auf, bei denen Pat. mit eigenartiger Erschlaffung der Gelenke, ähnlich dem Verhalten beim Schuhplatteln, im Doppelschritt durch das Zimmer tanzt. Bei dem leisesten Geräusch Zusammenfahren mit folgendem In-die-Höhe-springen. Aphonie. Steigerung der Sehnenreflexe. Sonst Befund ohne Besonderheiten.

Suchen wir die verschiedenen Gangstörungen, wie sie uns entgegengetreten sind, in einzelne Gruppen zu trennen, so bieten die ersten drei demonstrierten Kranken (Fall 1, 2, 3) funktionale Gehstörungen dar, die in bemerkenswerter Weise organisch bedingte Lähmungen, eine Hemiplegie, eine schlaffe und eine spastische Paraplegie, imitieren. Die Art der Entstehung dieser Lähmungen, im Anschluß an einen hysterischen Dämmerzustand oder an hysterische Anfälle, das Vorkommen ähnlicher vorübergehender, lähmungsartiger Zustände im früheren Leben weisen in Verbindung mit charakteristischen Sensibilitätsstörungen, bei dem Fehlen aller organischen Symptome, auf die hysterische Grundlage der betreffenden Lähmungen hin.

Der dritte Fall ist besonders bemerkenswert durch Komplikation mit hysterischen Erscheinungen von seiten der Augen. Es besteht zeitweilig auftretender hysterischer Strabismus in Verbindung mit einer doppelseitigen, schlaffen, nicht durch einen Orbiculariskrampf vorgetäuschten Ptosis, deren Entstehung und wechselvolles Verhalten zweifellos auf die hysterische Natur der Erscheinung hinweist. Auch fehlt die bei organisch bedingter Ptosis vorhandene Kontraktur des M. frontalis. Ein sich der Gehstörung und den Symptomen von seiten der Augen zugesellender Mutismus vollendet hier das Bild einer „grande hysterie“.

Die folgenden 4 Fälle (Fall 4, 5, 6, 7) zeigen eigenartige Gehstörungen, die keinem Bilde organischer Erkrankung, aber auch nicht dem einer der gewöhnlichen psychogenen Gangstörungen entsprechen.

Fall 4 ging mit den wunderlichsten Verdrehungen und Verrenkungen des Rumpfes und der Extremitäten, die sich vielleicht kinematographisch fixieren, aber nicht durch eine Beschreibung wiedergeben lassen.

Bemerkenswert ist die Entstehung dieses Falles im Anschluß an die hypochondrische Vorstellung, daß die Rippen gebrochen und dadurch der Körper seines Haltes beraubt sei, sowie die prompte Heilung der Gehstörung, nachdem es gelungen war, den Pat. durch Demonstration des Röntgenbildes von seiner krankhaften Vorstellung zu befreien. Fall 5 und 6



fallen besonders auf durch eine exzessive Auswärtsdrehung eines Fußes beim Gehen, die sich bei dem einen Kranken im Beginn der Abwicklung des Fußes vom Boden, bei dem andern Kranken erst bei der Ausführung des Schrittes einstellt. Durch diese in verschiedenen Phasen des Gehaktes auftretende Auswärtsrotation des Fußes bis zu 90° erhält die Gehstörung bei jedem dieser Kranken ihr besonderes Gepräge. In diesen beiden Fällen ließ sich die Gangstörung nicht, wie in der vorhergehenden Beobachtung, auf bestimmte, mit dem körperlichen Zustand eng zusammenhängende Vorstellungskomplexe zurückführen — ihre psychogene Grundlage jedoch ist unverkennbar. Besonders interessante Verhältnisse bietet der folgende, ein Unikum darstellende Fall 8 (vgl. Textfigur). Wir gehen wohl nicht fehl in der Annahme, daß es sich hier um einen recht ungewöhnlichen Kontrakturzustand von den Fuß nach außen drehenden Muskelgruppen gehandelt hat. Auf den Reizzustand wiesen die erwähnten schmerzhaften Muskelzuckungen, die besonders lebhaft im Stadium des Nachlassens der Kontraktur in die Erscheinung traten, mit Deutlichkeit hin. Der Beginn der Stellungsanomalie des Fußes steht vielleicht mit Abwehrbewegungen desselben gegen durch die Kontusion hervorgerufene Schmerzen und einer durch diese bedingten Zwangshaltung in Zusammenhang, welche dann im Laufe der Behandlung durch autosuggestive Einflüsse hochgradig gesteigert und in der abnormen Stellung fixiert wurde. Auf die psychogene Grundlage der Störung wiesen die anästhetischen Zonen, das hysterische Wesen des Pat. sowie die vorwiegend auf suggestivem Wege erzielte Heilung hin.

Bemerkenswerterweise konnte Pat. nach seiner Wiederherstellung die abnorme Stellung des Fußes in keiner Weise mehr hervorbringen; ich hebe diesen Umstand besonders hervor, da auch unter physiologischen Verhältnissen bei großer Übung ähnliche bizarre Fußstellungen und groteske Gangarten wohl hervorgebracht werden können, wie man es mitunter bei Vorführungen von Clowns und Parterreakrobaten zu beobachten Gelegenheit hat.

Die folgenden 5 Fälle (Fall 8—12) zeigen das bekannte Bild der pseudospastischen Form mit Tremor (*Fürstner*, *Nonne*) bzw. das der Myotonoclonia trepidans (*Oppenheim*), in verschiedener starker Ausbildung der krankhaften Erscheinungen. Die Beobachtungen 8 und 9 stellen gleichsam „formes frustes" dieser Erkrankung dar, da Zittern und Schwächeerscheinungen an den unteren Extremitäten nur wenig ausgesprochen sind. Besonders bemerkenswert sind sie aber durch die Erscheinung eines rhythmischen, durchaus unerschöpflichen, einseitigen Fuß- und Patellarklonus in Beobachtung 8, eines doppelseitigen, unerschöpflichen Fußklonus in Beobachtung 9. Der Umstand, daß derartige Fälle auf Grund der klonischen Erscheinungen nicht selten mit der Diagnose eines organischen Leidens in die Klinik geschickt werden, und daß auch in dem trefflichen Handbuch der Neuro-



logie von *Lewandowsky* ein rhythmischer, unerschöpflicher Patellarklonus als „ein unbedingt sicheres Zeichen einer organischen Affektion der Pyramidenbahn“ bezeichnet wird, ist der Grund der Demonstration dieser beiden Fälle, die, sicher psychogener Natur, die klonischen Erscheinungen in exquisitester Weise erkennen lassen. Zweifellos sind derartige Fälle, welche einen scheinbar echten Klonus, nicht die so häufig nachweisbare Erscheinung einiger erschöpfbarer klonischen Schläge zeigen, relativ seltene Vorkommnisse, auf die aber bei der Häufigkeit der Beobachtung von pseudospastischen Erscheinungen unter den nervösen Erkrankungen des Krieges doch besonders hingewiesen werden muß, da die falsche Beurteilung des Symptoms in prognostischer und therapeutischer Hinsicht unliebsame Konsequenzen haben kann. Daß durch sorgfältigste Untersuchung alle andern, auf ein organisches Leiden hindeutenden Symptome (Augenhintergrund, Babinski, Oppenheim, Bauchdeckenreflexe usw.) auszuschließen sind, und auch die Entstehung des Leidens sowie seine Begleiterscheinungen (Anästhesien usw.) auf die psychogene Natur desselben hinweisen müssen, braucht kaum besonders betont zu werden. Leider sind die exakten Methoden zur Unterscheidung des echten vom falschen Klonus, wie die graphischen Methoden *Weilers* u. a., für den praktischen Gebrauch noch nicht allgemein verwendbar.

In voller Ausbildung zeigen die folgenden 3 Fälle 10, 11 und 12 den Symptomenkomplex der pseudospastischen Parese mit Tremor. Die von *Oppenheim* [1]) noch neuerdings wieder eingehend geschilderten Symptome der klonischen und tonischen Zuckungen, des Tremors (Myotonoclonia trepidans) und der durch sie bedingten charakteristischen Bewegungsstörung sind in allen 3 Fällen vorhanden mit dem auffallenden Unterschied, daß die trepidanten Erscheinungen im Fall 10 nur beim Stehen auftreten, beim Gehen verschwinden, daß es sich also um eine trepidante Astasie handelt, während Fall 11 und 12 das typische Bild der trepidanten Abasie darbieten.

Der letzte Fall (13) zeigt ein seltenes Bild einer Gehstörung auf nervöser Grundlage, wie ich sie in gleicher Weise bei Kriegsteilnehmern noch nicht beobachtet habe, einen sogenannten „saltatorischen Reflexkrampf“. Die hüpfenden und tanzenden Bewegungen dieses Patienten, die beim Gehen auftreten, haben etwas Gesuchtes und Gemachtes, erinnern an die Tanzbewegungen beim Schuhplatteln, sie scheinen jetzt — nachdem Pat. für D. U. erklärt ist, nachzulassen und nur noch unter bestimmten Bedingungen in der früheren grotesken Form aufzutreten. Auf die psychogene Grundlage des Leidens weist seine Entstehung durch psychische Infektion auf dem Wege der Imitation, wie auch die begleitende hysterische Aphonie hin.

Beim Rückblick auf die Gesamtheit der körperlichen Symptome,

[1]) Med. Klinik Nr. 47, 1915.

die uns bei den demonstrierten Kranken entgegengetreten sind, möchte ich an dieser Stelle nur kurz auf die Häufigkeit des Vorkommens charakteristischer hysterischer Sensibilitätsstörungen hinweisen. Ich halte dieselben in Übereinstimmung mit *Binswanger* [1]), *Nonne* [2]), *Sänger* [3]) u. a. für eines der wichtigen objektiven Krankheitszeichen der Hysterie, denen ein diagnostischer Wert nicht abzusprechen ist, wenn uns auch ein Verständnis für den „psychischen Mechanismus" der Entstehung dieser Sensibilitätsstörungen noch fehlt und die Bedeutung suggestiver Einflüsse, vornehmlich für die Fixierung dieser Störungen, in manchen Fällen gewiß nicht von der Hand gewiesen werden kann.

Was die psychischen, einige unserer Beobachtungen komplizierenden Störungen betrifft, erwähne ich besonders die eigenartigen Zustände „hysterischer Pseudodemenz", die wir in Verbindung mit hysterischen Dämmerzuständen (Fall 1), aber auch ohne anfallartige Zustände (Fall 11 und 12) auftreten sahen. Die schon von andern Autoren (*Bonhöffer* [4]), *Aschaffenburg* u. a.) hervorgehobene Schwierigkeit, diese Fälle von schizophrenen Zuständen zu trennen, ist auch von uns wiederholt empfunden worden.

Die Beurteilung der Affekterregbarkeit dieser Kranken, auf die es in erster Linie ankommt, stößt oft auf große Schwierigkeiten, und nicht selten ermöglicht erst die Beobachtung des Verlaufs des Falles eine sichere Diagnose. Wir werden versuchen, objektive Methoden, wie die Untersuchung der Pupillenunruhe nach *Bumke*, in ausgedehntem Maße für die Beurteilung dieser Fälle heranzuziehen, fürchten aber, daß diese Untersuchungen bei den in der Regel noch wenig vorgeschrittenen Krankheitsprozessen keine eindeutigen Resultate ergeben werden.

Wenden wir uns nach dieser Schilderung der klinischen Bilder den ätiologischen Verhältnissen der uns beschäftigenden nervösen Störungen zu, so sehen wir auch hier in Übereinstimmung mit unseren früheren Beobachtungen, daß diese ganz vorwiegend auf dem Boden der nervösen Veranlagung zur Entwicklung kamen. Bei eingehendem Nachforschen findet man bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Angaben über Familienbelastung oder über nervöse Störungen im Vorleben der Patienten, die mitunter mit den später im Felde aufgetretenen auch der Form nach, wie z. B. das Wiederauftreten psychogener Lähmungen, übereinstimmen. Aber zweifellos kommen Fälle vor, in denen ohne jede nachweisbare Ver-

[1]) Hystero-somatische Krankheitserscheinungen bei Hysterie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1 u. 2.

[2]) Verhandlungen im Hamburger Ärztl. Verein 1915/16.

[3]) Ibidem.

[4]) Die Differentialdiagnose der Hysterie und psychopathischen Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde. Med. Klin. 1915, Nr. 32.



anlagung nervöse Symptomenkomplexe zur Entwicklung kommen. Es scheinen das vorwiegend Fälle zu sein, in denen eine Summation von schädigenden Einflüssen oder besonders schwere Traumen (Verschüttungen, langanhaltendes Trommelfeuer usw.) auf ein vorher intaktes Nervensystem eingewirkt haben. Bei der großen Zahl der irgendwie nervös belasteten Patienten findet man jedoch, daß leichtere Traumen der allerverschiedensten Art unter Umständen dieselben nervösen Störungen hervorrufen können wie schwere schädigende Einflüsse, von denen ich besonders die vielbesprochene „Granatkommotion oder -kontusion" [1]) hervorhebe. Wenn wir von den organischen Granatkommotionswirkungen hier absehen, decken sich die nervösen Folgeerscheinungen derselben im wesentlichen mit dem Begriff der traumatischen Hysterie und zeigen deren vielgestaltige Bilder, ohne daß die Schwere der Krankheitserscheinungen und die Schwere des Traumas Hand in Hand zu gehen brauchen. Die demonstrierten Fälle zeigen in deutlicher Weise die oft gleiche Wirkung ganz leichter „banaler" Traumen und schwerer traumatischer Einwirkungen, sie weisen auf die große Bedeutung „der seelischen Stellungnahme" (*Gaupp*) des Betreffenden zu dem Trauma hin. Wir fanden die mannigfachsten psychischen Einwirkungen, Schreck, Sorgen, ängstlich gespannte Erwartung, in einzelnen Fällen hypochondrische Vorstellungen (Fall 4) oder psychische Infektion (Fall 13) als Ursachen der nervösen Symptomenkomplexe, neben denen aber in einer Reihe von Fällen auch körperliche Erschütterungen und somatische Erschöpfungszustände ätiologisch in dem Krankheitsbilde eine Rolle spielten. So konstatierten wir in unseren Beobachtungen neben den das Krankheitsbild beherrschenden hysterischen bzw. psychogenen Erscheinungen auch Symptome, die zu den neurasthenischen gerechnet werden, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit und in erster Linie vasomotorische Störungen, ohne daß sich jedoch zwischen diesen Formen immer eine scharfe Grenze ziehen ließe. Die Vorstellung von der Bedeutung psychischer Faktoren bei der Entstehung der Kriegsneurosen erhält durch die interessanten Feststellungen *Bonhöffers* [2]) und *Mörchens* [3]) an Kriegsgefangenen in jüngster Zeit eine wichtige Stütze. In meiner früheren Veröffentlichung über Kriegsneurosen (l. c.) wies ich auf die auffallende Tatsache hin, daß *Horstmann* [4]) bei einem großen Beobachtungsmaterial an Verwundeten „nicht ein einziges Mal auch nur Andeutungen von Symptomen der traumatischen

---

[1]) Vgl. *Gaupp*, Die Granatkontusion. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 46, H. 3, 1915.

[2]) Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 11, S. 476, Diskussionsbemerkung.

[3]) Vortrag, gehalten auf der Vers. südwestdeutscher Nervenärzte, 4. Juni 1916.

[4]) Ärztl. Sachv.-Ztg. 1914, H. 22. Ref. Psych.-neurol. Wschr. Bd. 16, S. 346.



Neurose gefunden hat", im Gegensatze zu andern Autoren, die „das ungeheure Heer der hysterischen und psychogenen Nervenaffektionen, wie sie dieser Krieg in erstaunlicher Fülle zutage bringt", beschreiben, und betonte die Wichtigkeit des Herbeibringens von Tatsachenmaterial, welches geeignet wäre, zur Klärung dieser anscheinenden Widersprüche beizutragen. Ich finde jetzt beim Nachschlagen der *Horstmann*schen Veröffentlichung, daß es sich in seinen Fällen in gleicher Weise wie in den Beobachtungen *Bonhöffers* und *Mörchens* ausschließlich um kriegsgefangene Russen und Franzosen gehandelt hat, und daß *Horstmann* schon damals auf die Bedeutung dieses Faktors als Bestätigung der Auffassung der psychogenen Natur der Kriegsneurosen aufmerksam gemacht hat. Ich habe in der ersten Zeit des Krieges zahlreiche verwundete Franzosen in meiner Klinik zu beobachten Gelegenheit gehabt, jetzt sehe ich zahlreiche Fälle psychischer Erkrankung bei Russen aus dem Gefangenenlager Wahn, ohne jemals einen Fall von „traumatischer Neurose" unter ihnen zu finden. Weitere Feststellungen [1]) in dieser Hinsicht erscheinen nicht nur vom praktischen, sondern auch vom theoretischen Gesichtspunkt aus wünschenswert, da sie vielleicht geeignet sind zur Lösung der vielen Rätsel, welche uns die Hysterie immer noch bietet, beizutragen.

Von der Voraussetzung der wesentlich psychischen Grundlage der Kriegsneurosen werden auch die therapeutischen Maßnahmen auszugehen haben. Welche Methode der Behandlung angewendet werden mag, immer wird der Arzt das gesamte psychische Verhalten, die Persönlichkeit des Kranken im weitesten Sinne des Wortes, mit Berücksichtigung seiner äußeren und inneren Lebensbedingungen, ins Auge zu fassen haben, um auf dem Boden einer richtigen psychologischen Bewertung des Falles eine seinen individuellen Verhältnissen angepaßte Behandlungsweise einzuschlagen. —

Dr. *S. Loeb*, Abteilungsarzt der Zweigstation von Ehrenwall des Reservelazaretts Ahrweiler:

1. Brüder R. aus S., 26 und 24 Jahre alt. Beide leiden an Myotonia congenita (*Thomsen*sche Krankheit). Außer den beiden Vorgestellten leidet noch eine Schwester an der gleichen Krankheit. Von dem Vorkommen der Krankheit in der Aszendenz nichts zu ermitteln. Typische Fälle. Beginn in erster Kindheit. Muskelkraft bei Anfangsbewegung außerordentlich gering. Erhebliche Muskelsteifigkeit nach Ruhe. Gezeigt wird die träge, tonische Anspannung des getroffenen Teiles der mechanisch erregten Muskeln mit Nachdauer der Kontraktion. Diese Erregbarkeit

[1]) Anmerkung während der Korrektur. Inzwischen hat *Oppenheim* (Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 13) nach seinen Erfahrungen in Kriegsgefangenenlagern die Tatsache bestätigt und weitere Aufklärungen über dieselbe in Aussicht gestellt.



ist nicht in allen Muskelgruppen gleich. Von tiefer, langanhaltender Dellenbildung in den Waden bis zur Reaktionslosigkeit im derbharten Quadriceps femoris viele Übergänge. Gezeigt wird weiter die myotonische Reaktion bei direkter galvanischer Reizung. Außer trägen, tonischen Muskelzuckungen und rhythmischem Undulieren wird noch eine neue Reaktionsform gezeigt: nach blitzförmiger Kontraktion (Vorschlag) kontrahiert sich der gereizte Muskel noch einmal träge. Bei dem einen Kranken fehlten die Achillessehnen- und Patellarreflexe, bei dem zweiten nur die Achillessehnenreflexe. Bei beiden war das *Gräfe*sche Symptom nachweisbar. Fall 1 hatte Exophthalmus ohne Schilddrüsenvergrößerung. Fall 2 Schilddrüsenvergrößerung ohne Exophthalmus. Bei beiden waren die Kremasterreflexe gesteigert. Der eine tat 5 Wochen, der andere ein halbes Jahr Militärdienst.

2. Grenadier H. O., 21 Jahre alt, aus G. Durch Schuß durch die linke Leiste war der N. femoralis getroffen. Am 19. 10. 15 Nervennaht; danach war das linke Bein völlig gelähmt. Bei der Aufnahme in die Kuranstalt ging O. an zwei Stöcken, trat mit dem linken Fuß überhaupt nicht auf; daran hinderte ihn eine psychogene Lähmung, die sich durch Übungstherapie heilen ließ. Gezeigt wurde die Femoralislähmung, die sich isoliert erstreckte auf den M. sartorius, den M. vastus lateralis und M. rectus femoris, die aber den Vastus medialis völlig freiließ. Reflexe am verwundeten Bein: Achillessehnenreflex vorhanden, Patellarreflex fehlt, Kremasterreflex gesteigert.

3. 2 Fälle von Medianuslähmung. Dragoner G. und Musketier M. Bei G. ist nach Plexusnaht am 13. 12. 15 eine langsame Besserung eingetreten. Von den vom N. medianus versorgten Muskeln sind nicht betroffen die Mm. lumbricales 1 und 2, wohl die Pronatoren, außerdem der vom N. ulnaris versorgte M. interosseus 4.

Bei M. ist der N. medianus erst unterhalb der Mitte des Unterarms getroffen, infolgedessen sind die Pronatoren freigeblieben. Stark ist in diesem Falle die bei Medianuslähmung häufig vorkommende trophische Störung. Hand blau verfärbt, glänzend, leicht geschwollen, schwitzt stark.

4. 6 Fälle von Gangstörungen bei Schreckneurosen. Es wird hingewiesen auf die Häufigkeit der Plattfüße und auf vorangegangenen „Rheumatismus“ bei derartigen Störungen. Gemeinsam sind allen Kopf- und Kreuzschmerzen, leichte Ermüdbarkeit und Schlafstörung. Die Gangart ist bei allen verschieden. Der eine klebt mit den Füßen am Boden, der zweite geht unsicher, wie über ein Seil, hält ruckweise Balance, der dritte ängstlich mit kleinen, trippelnden Schrittchen, der vierte watschelnd spreizbeinig, als ob er sich verunreinigt hätte, der fünfte ähnelt einem Tabiker, der sechste geht spastisch, spreizbeinig, als ob die Beine durch eine Feder auseinandergehalten würden. Letzterer fällt beim Versuch, die Beine zu nähern, jedesmal in hysterischen Krampf. —



G. Voß-Düsseldorf: Über chronischen Tetanus (mit Krankenvorstellung):

J. G., 14. 8. 1914 in Belgien durch Granatsplitter verwundet. Komplizierte Fraktur des Unterschenkels, lange unverbunden gelegen. Schwere Infektion. 28. 8. wegen Kaubeschwerden 10 ccm Tetanus-Antitoxin. Wirbelsäule versteift. Krämpfe. 13. 9. Erscheinungen geschwunden. Dauernde Eiterung der Wunde. 15. 6. 15 wieder Tetanuserscheinungen: geringe Mundsperre, Rückensteifigkeit, ins Bein ausstrahlende Schmerzen. Allmählicher Rückgang der Erscheinungen, vom 15. 7. wieder auf den Beinen. 9. 11. Seit einiger Zeit zunehmende Versteifung und Verkrümmung der Wirbelsäule. 10. 12. Crefeld, Orthopädisches Lazarett von Dr. *Scheffen*: Starke, gleichmäßig gerundete Krümmung der Wirbelsäule nach hinten. Brust- und Lendenteil völlig steif, Halsteil frei beweglich. Gesamte Muskulatur des Rumpfes und der Beine hart gespannt. Trismus. Allmähliche Besserung bis Ende Februar 1916, dann erneute Verschlimmerung. 20. 3 erste neurologische Untersuchung: typisches Bild des schweren akuten Tetanus + Kyphose. Im Laufe der nächsten Wochen (nach Seruminjektionen?) allmählicher Rückgang der Störungen. Augenblicklich bis auf Andeutung von Mundsperre und fehlende Achillesreflexe neurologisch nichts Auffälliges.

Eigentümlicher Fall von schwerem Tetanus, der nun fast 2 Jahre dauert und mit Intermissionen und Remissionen einhergeht. Rezidive bei Tetanus bekannt, aber nicht in dieser Form. *Demontmirot* hat chronischen Tetanus beschrieben, aber in paraplegischer Form, mit Inkubationszeit von 2—6 Wochen, Dauer der Erkrankung im ganzen bis zu 6 Monaten etwa. Mehr lokaler Typus, keine Atemnot, wenig Kaubeschwerden.

Die Kyphose sonst nicht beobachtet, andere Ursachen (Tbk.) nach Urteil der Chirurgen nicht anzunehmen. Verkrümmung allmählich entstanden unter dem Einfluß dauernder Muskelspannung. Am Röntgenbild keine deutlichen Veränderungen der Wirbelstruktur. Mit der Abnahme der Tetanuserscheinungen jetzt Streckung der Wirbelsäule nachweisbar. G. ist um etwa 3 cm in den letzten 2 Monaten gewachsen. —

Demonstration der Darstellung von Spirochäten bei Paralyse für Herrn Dr. *Franz Jahnel*-Frankfurt a. M. —

In der Diskussion zu den Demonstrationen warnt *Voß* vor dem Stadturlaub bei Zittern und ähnlichen Neurotikern, deren Häufung in manchen Lazaretten einen Hinweis auf die Infektiosität solcher Fälle enthält.

Mörchen-Wiesbaden betont, daß die vorgestellten Fälle von Kriegsneurosen in ihrer Mannigfaltigkeit eine eingehende Feststellung für jeden einzelnen Fall über den Beginn und die Entwicklung des Leidens wünschenswert erscheinen lassen. Für diese wie auch für alle weiteren Beobachtungen derart ist es von besonderem Interesse, zu erfahren, ob die

Störungen in ihrer jetzigen Ausprägung sich unmittelbar an den erlittenen Schock angeschlossen haben und seitdem konstant bestehen, oder ob sie erst allmählich, Tage oder Wochen nachher, in der Etappe oder im Heimatlazarett usw. zur Entwicklung gekommen sind. Aus diesen Feststellungen lassen sich wichtige Schlüsse für das Wesen und die praktische Beurteilung sowohl des einzelnen Falles als auch dieser Neurosenformen überhaupt ziehen.

Loeb kann bestätigen, daß der Beginn derartiger Erkrankungen sofort nach dem Trauma, häufiger aber später, auch erst wochenlang nachher einsetzt.

Rieder-Coblenz schließt sich dem Urteil von *Voß* wegen Nichtbeurlaubung bzw. Beurlaubung der funktionellen Neurosen, besonders in den Städten, nur in ganz begründeten Fällen, auf Grund seiner großen Erfahrungen vollauf an. Gerade in Städten, wo leider das meiste Unverständnis für funktionelle Neurosen besteht, erlebt man, da die oberen Zehntausend sich für diese so schwierigen Kranken meist sehr interessieren, die unglaublichsten Sachen.

Beyer: Die Anfrage des Herrn *Mörchen* nach dem Beginn der nervösen Erscheinungen ist dahin zu beantworten, daß diese eintreten entweder unmittelbar nach dem Ereignis oder später im Lazarett, oder auf einem Heimaturlaub, oder nach der Rückkehr zur Truppe oder auch noch nach der Entlassung aus dem Militärdienst. Es kommt einfach alles vor. Bezüglich der Entlassung der Kriegsbeschädigten mit hysterischen Erscheinungen möchte ich betonen, daß man die Leute nicht endlos lange in den Lazaretten sitzen lassen kann. Das würde für den Fiskus sehr kostspielig, und nützen würde es auch nichts. Wenn man sie nicht in die Heimat entlassen soll, so bleibt nur übrig, von Staats wegen besondere Pflegeanstalten zu schaffen, in denen solche Fälle untergebracht werden, um sie der Öffentlichkeit zu entziehen. Einstweilen müssen wir damit rechnen, daß nach der Entlassung als D. U. die Kriegsbeschädigtenfürsorge sich ihrer annimmt. Leider ist bei diesen Stellen nicht immer genügend Sachkenntnis und Verständnis für die ärztliche Beurteilung zu finden.

Aschaffenburg hat in letzter Zeit schwere Fälle von langdauernder Zitterneurose in seiner Klinik sehr viel seltener beobachtet und schreibt diese günstige Erfahrung der Beschäftigung zu, die das Einwurzeln krankhafter Gewohnheitsbewegungen verhindert. Es ist ihm dadurch gelungen, die Kranken verhältnismäßig leicht zu fleißigem Arbeiten zu bringen, daß er nur ernste Arbeiten machen läßt und alles Spielerische vermeidet. Die Wahl Werte schaffender Arbeiten ermöglicht eine reichliche Bezahlung, und diese Aussicht auf Gewinn hat sich als der stärkste Beweggrund erwiesen, auch solche Kranke zum Arbeiten zu bringen, die, wie z. B. die Zitterer, überzeugt waren, nichts arbeiten zu können. Das Wiederherstellen von Granatkörben z. B. ist eine sehr zweckmäßige Tätigkeit, weil




es leicht zu erlernen ist und gut bezahlt wird. Manche Zitterer haben bei uns täglich mit dieser Arbeit ohne große Mühe 3 M. und mehr verdient. Wenn es vielleicht auch auf den ersten Augenblick unangebracht erscheint, daß Kranke innerhalb der Lazarette so viel Geld verdienen, so kommt doch ihre Tätigkeit insofern auch der Allgemeinheit zugute, als in der Gewöhnung an Arbeit und der während der Arbeit wachsenden Überzeugung, trotz der außerordentlich schweren Behinderung jeder Tätigkeit, erwerbsfähig zu sein, ein mächtiger Heilfaktor liegt.

Außerdem beteiligt sich *Liebmann* an der Besprechung.

Dr. *Lückerath*-Bonn: Über Militärpsychosen.

In der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn sind während des Krieges kranke Soldaten verpflegt und behandelt worden; den folgenden Ausführungen werden gut beobachtete Fälle zugrunde gelegt. (Etwa 50 Kriegsgefangene und einige andere Fälle werden ausgeschaltet, da sie nicht ganz klar erschienen.)

Das Material kam in den ersten Kriegsmonaten oft direkt aus der Front, später meist aus andern Lazaretten und von den Ersatzstammtruppenteilen.

In den ersten Monaten — 1914 und Anfang 1915 — zeichneten sich die Psychosen durch die Intensität der Erscheinungen aus. Es wurden außerordentlich heftige Tobsuchten, Verwirrtheits- und Angstzustände beobachtet; das war übrigens auch bei den Aufnahmen aus der Zivilbevölkerung der Fall damals. In der späteren Zeit war der Verlauf der Psychosen wieder wie in Friedenszeit, und nur nach heftigen Kämpfen häuften sich auch wieder die stürmischen Erscheinungen. Im allgemeinen verliefen die Psychosen sogar milder wie im Frieden. Das liegt wohl daran, daß die Fälle aus dem Felde und den Truppenverbänden schneller entfernt werden wie sonst im Frieden aus den Gemeinden. Gründe der Disziplin usw. verlangen natürlich eine schnellere Entfernung von geistig abweichenden Individuen aus der Truppe, als dies sonst nötig ist.

Es hat sich auch jetzt nach fast zweijähriger Dauer des Krieges herausgestellt, daß es eine eigentliche Kriegs-, eine Militärpsychose, nicht gibt, so wenig wie eine besondere Psychose der Zivilbevölkerung oder wie eine Psychose besonderer Stände. Die Ansicht von ***Bonhöffer***, ***Wollenberg***, ***Weygandt***, ***Meyer*** und andern hat sich durchaus bestätigt. Der Ausdruck Militärpsychosen ist hier auch nur der Kürze wegen gewählt worden.

Was die Natur der beobachteten Erkrankungen angeht, so sind es dieselben, wie wir sie auch in Friedenszeiten zu sehen gewohnt sind; besonders nach katastrophalen Ereignissen wie Eisenbahnunfällen, Erdbeben usw. Sie sind im Kriege nur in größerer Menge aufgetreten und zum Teil mit heftigeren Erscheinungen.

Die folgende Tabelle gibt ein Bild über die beobachteten Fälle und die Häufigkeit ihres Auftretens.

Dementia praecox 24,2%; davon im Felde erkrankt 16,3%, in der Heimat 7,9%;

davon gehörten zur Gruppe der

		dav. i. Felde erkrankt	i. d. Heimat
Dementia praecox	14,6%	9,2%	5,4%
Katatonie	6,3%	4,6%	1,7%
Dementia paranoides	3,3%	2,5%	0,8%
Hysterie	12,6%	11,3%	1,3%
Alkoholismus	10,5%	8,4%	2,1%
manisch-depressives Irresein	9,6%	5,4%	4,2%
Epilepsie	8,8%	6,7%	2,1%
Depressionszustände	7,9%	7,1%	0,8%
Imbezillität	7,1%	1,7%	5,4%
degeneratives Irresein	4,6%	1,7%	2,9%
Paralyse	3,8%	1,3%	2,5%
amentiaartige Zustände	3,3%	2,5%	0,8%
Lues cerebri	2,1%	1,3%	0,8%
Delirium acutum	1,3%	0,0%	1,3%
nicht krank	4,2%	2,5%	1,7%
Summe	100 %	66,2%	33,8%

Von den aufgenommenen Soldaten sind also etwa doppelt so viel im Felde erkrankt wie in der Heimat. Dabei sind die Fälle, welche aus Feindesland kamen, direkt hinter der Front waren, zum Felde gerechnet. Eine nähere Betrachtung der Tabelle ergibt nun folgendes Bild. Von den im Felde Erkrankten litt der größte Teil an Dementia praecox; dann folgt die Hysterie, Alkoholismus, die Depressionszustände, Epilepsie, manisch-depressives Irresein usw. An Zahl der im Felde Erkrankten gegenüber den in der Heimat Erkrankten überwiegen besonders die Fälle aus der Gruppe der Dementia praecox, Hysterie, Alkoholismus, Depressionszustände, Epilepsie; von den kleineren Gruppen ist zu beachten besonders das Auftreten von 3 Fällen von Delirium acutum in der Heimat und die verhältnismäßig große Zahl von Imbezillen, die aus der Heimat gebracht worden waren. Der Grund für dieses verschiedene Verhalten liegt auf der Hand. Es bedarf keiner Erläuterungen, warum so viele Fälle von Dementia praecox, von Hysterie, von Epilepsie usw. aus dem Felde gekommen sind; auch der große Prozentsatz von Imbezillen, der von den Ersatzstammtruppenteilen geschickt worden ist, ist erklärlich. Dabei handelte es sich um solche Individuen, die bei ihrer Musterung als untauglich ausgemerzt worden waren, die aber jetzt nachträglich eingezogen waren.

An sich boten die einzelnen Formen nichts besonders Auffälliges;

einige Psychosen beanspruchen jedoch ein besonderes Interesse, da ihr Vorkommen in Friedenszeiten selten ist.

1. In den ersten Kriegswochen kamen drei tödlich verlaufene Fälle von Delirium acutum zur Beobachtung. Zwei von diesen Fällen sind genau beobachtet und auch ihre Anamnese genau erhoben worden. Die Betreffenden waren früher völlig gesund, keine Trinker; alle drei sind aus ihrem Berufe herausgerufen worden durch die Mobilmachung und waren auf dem Wege zu ihrem Gestellungsort, erkrankten unterwegs mit stürmischen Erscheinungen von Tobsucht und Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen. Die körperliche Untersuchung ergab keinen besonderen Befund: der Tod trat wenige Stunden nach der Aufnahme, ein bis zwei Tage nach dem Auftreten der Krankheitserscheinungen, ein. Die Sektion ergab starke Hyperämie des Gehirns; in einem Falle hat die von Herrn Geheimrat *Westphal* vorgenommene mikroskopische Untersuchung schwere Veränderungen an den Ganglienzellen ergeben; in den andern Fällen steht die Untersuchung noch aus. Der Begriff Delirium acutum stellt einen Sammelbegriff dar und ist heute nicht mehr gebräuchlich. Die Fälle sind aber vorläufig unter diesem Begriff zusammengefaßt, da sich keine genauere Diagnose bei ihnen stellen ließ.

2. Auffällig war das häufige Auftreten von Dämmerzuständen, ohne daß Zeichen von Hysterie oder Epilepsie jetzt oder in der früheren Zeit nachzuweisen war. In einigen Fällen war ein psychischer Schock, in andern eine Verwundung vorausgegangen; in einigen Fällen war außer der Erschöpfung durch die Kriegsstrapazen keine Ursache nachzuweisen. Ich glaube, daß es sich in diesen Fällen um Erschöpfungsdämmerzustände handelt (worauf *Wollenberg* aufmerksam gemacht hat). Die Prognose war günstig; die Dämmerzustände gingen bald vorüber; für längere Zeit blieb noch eine geistige und körperliche Müdigkeit und Erschöpfbarkeit zurück, die aber nach längerer Erholung auch schwand. Besonders die später zu erwähnenden Depressionszustände wurden in mehreren Fällen durch solche Dämmerzustände eingeleitet; in diesen Fällen dürfte ihre Zugehörigkeit zur Neurasthenie wohl nicht zu bezweifeln sein.

3. Auffällig war das Auftreten von katatonen Erscheinungen ohne Katatonie. Auf das Auftreten von katatonen Symptomen bei Hysterie ist schon früher, unter andern auch von mir, hingewiesen worden. Hier handelte es sich um Fälle, welche bei der Einlieferung den Eindruck schwerer Katatonie machten. Ein Teil täuschte allerdings nur eine Katatonie vor; auf diese Fälle hat *Hübner* vor kurzem noch hingewiesen. Ein Teil hatte aber schwere katatone Symptome, die nach wenigen Tagen schwanden und einem Zustande von Wohlbefinden und Wohlverhalten Platz machten. Ein großer Teil dieser Fälle ist monatelang beobachtet worden, ohne daß irgendwelche Krankheitszeichen konstatiert werden konnten; auch die nachträglich erhobene Anamnese ergab nichts, was zur Klärung der Fälle herangezogen werden könnte. Die Fälle gehören sicher-

lich nicht zur Katatonie und sind wieder ein Beweis dafür, daß die Krankheitssymptome allein nicht maßgebend sind für die Diagnose, sondern ganz besonders der Verlauf.

4. Die hier aus dem Felde meist direkt von der Front eingelieferten Fälle von Depression waren zum Teil durch Erschöpfung, zum Teil durch Verwundungen oder durch Erschütterungen verursacht. Bei den meisten bestand eine Amnesie für die Zeit, in welcher sie abtransportiert worden waren, wie sie in die Anstalt gekommen waren. Sie erinnerten zum Teil an die Melancholia attonita, waren wie vor den Kopf geschlagen, erholten sich aber schnell wieder. Der Zustand wurde bei einem Teil also mit einer Bewußtseinsstörung eingeleitet. Die Fälle gehören klinisch wohl zu den neurasthenischen Zuständen und sind nicht als Teilerscheinung des manisch-depressiven Irreseins aufzufassen.

5. In einigen (2) Fällen hat sich an die oben erwähnte Bewußtseinstrübung, an die Dämmerzustände, eine Dementia paranoides angeschlossen. Derartige Fälle sind mir zurzeit aus der Literatur nicht bekannt.

6. Besondere Berücksichtigung verdienen die Fälle von Hysterie. Nur 1,8 % waren in der Heimat erkrankt, 11,3 % kamen aus dem Felde. 7,5 % hatten einen Nervenschock erlitten, 2,5 % waren verwundet worden, 0,8 % hatten keine andere Ursache aufzuweisen als die allgemeinen Strapazen des Krieges. Bei den meisten ergab die Anamnese eine Belastung und das frühere Auftreten von nervösen Erscheinungen. Es kamen Depressions-, Angst-, Verwirrtheitszustände, Fälle von Zitterern und mit schweren Anfällen zur Beobachtung, wie sie in der Literatur des Krieges mehrfach beschrieben worden sind. Die Prognose der Kriegspsychosen war im allgemeinen nicht ungünstig. 33,1 % konnten als erwerbsfähig (oder doch teilweise erwerbsfähig) entlassen werden. 66,1 % sind nicht als erwerbsfähig zu bezeichnen oder werden es voraussichtlich nicht werden.

Anders verhält es sich mit der Dienstfähigkeit. Nur 8,4 % haben wir wieder als dienstfähig bezeichnen können. Die Zahl wäre größer gewesen, wenn nicht ein großer Teil der Soldaten erst nach Einleitung des D. U.-Verfahrens zu uns gekommen wäre. Ein Teil dieser wäre unserer Ansicht nach wieder dienstfähig geworden, wenigstens garnisondienstfähig oder arbeitsverwendungsfähig. Die Bestimmung, daß überstandene Geisteskrankheit zum Militärdienst untauglich macht, ist in diesem Kriege durchbrochen worden; unserer Ansicht nach mit Recht; nur heißt es dann vorsichtig individualisieren.

Was schließlich die Frage der Dienstbeschädigung angeht, so soll diese nicht besprochen werden, da sie in einem andern Vortrag behandelt wird; ich kann aber kurz erwähnen, daß von unseren Fällen bei 67,8 % sicher eine Dienstbeschädigung angenommen werden muß; es sind die Fälle, welche im Felde waren, und bei denen es sich um das Auftreten von Psychosen oder um ihre Verschlimmerung durch den Krieg handelt.

Auch auf die zahlreichen forensischen, hier begutachteten Fälle will ich nicht eingehen, da sie Gegenstand eines andern Vortrages sein sollen.

An der Diskussion beteiligten sich: *Rieder, Krapoll, von der Hehm.*

Krapoll: Herrn *Lückerath* muß ich darin zustimmen, daß die Imbezillen für die Truppe zu großer Plage werden können. Nur wenige von ihnen lassen sich als „arbeitsverwendungsfähig" im Innendienst (Handwerker) oder bei der Armierung nutzbar machen. Drei von mir eingestellte Leute mit der erethischen Form des Schwachsinns wurden sehr bald nach der Einstellung infolge der neuen, ungewohnten Eindrücke durch Aufpfropfung eines Erregungszustandes unruhig und anstaltsbedürftig. Einer davon war Hilfsschüler, Fürsorgezögling und auch schon in Anstaltspflege gewesen. Im Vergleich mit dem zivilen Leben geht beim Militär die Überführung in die zuständige Anstalt sehr prompt und schnell vonstatten. Es fehlen die hemmenden Mütter und Tanten. Zur Aufnahme genügt ein kurzes, militärärztliches Zeugnis über die beobachteten Vorgänge.

Einzelne Imbezille erweisen sich für die Truppe dadurch als unbequem und unbrauchbar, daß sie grundlos den Dienst verlassen, den Gehorsam verweigern, über Urlaub bleiben oder sich auch tagelang von der Truppe entfernen. Sie werden ohne Ausnahme baldigst als dienstunbrauchbar entlassen.

Den Bezirkskommandos darf man es nicht zum Vorwurf erheben, daß sie solche Leute überhaupt zur Einstellung gelangen lassen. Der Kriegszustand hat ganz neue, ungewohnte Verhältnisse herbeigeführt. Infolge der Riesenzahl der Gestellungspflichtigen aller Jahrgänge ist ein Durchsieben wie in Friedenszeiten zur Unmöglichkeit geworden. Vagabondierende Schwachsinnige werden von der Polizei aufgegriffen und als militärpflichtig dem nächsten Bezirkskommando zugeführt. Dann noch ausgiebige Feststellungen über ihr Vorleben zu erheben, dazu mangelt es wirklich an Zeit. Das besorgen später mit größter Ruhe und Vorsicht der Ersatztruppenteil und der Truppenarzt, sobald auffallendes Benehmen der Leute hierzu Veranlassung gibt.

Als sehr schlimmes Übel für die Truppe haben sich, wie der Vorredner mit Recht betonte, die krankhaften Rauschzustände erwiesen sowohl bei Offizieren wie Mannschaften. Es verbietet sich von selbst, näheres hierüber der Öffentlichkeit zu übergeben.

Aschaffenburg: Ein Beitrag zur Lehre vom Gedächtnis. (Behinderung des Wiederauflebens optischer Erinnerungsspuren nach Schädelverletzungen.)

Vortr. erörtert die verschiedenen Merkwege, auf denen die Erinnerungsbilder — der Ausdruck ist nicht anatomisch, sondern funktionell zu verstehen — gesammelt werden, und die Art, wie der Schatz an Erinnerungs-



bildern verwertet werden kann. Durch die Erleichterung des Wiedererlernens völlig vergessenen Wissens läßt sich nachweisen, daß auch solche psychischen Erlebnisse Spuren hinterlassen haben, die auf andere Weise nicht mehr erkennbar sind. Eine breite Zone trennt dieses ganz versunkene Gedächtnismaterial von dem stets deutlich und leicht reproduzierbaren. In dieser Zone können die Erinnerungsbilder nicht mehr ohne weiteres durch Nachdenken und Suchen wieder zum Bewußtsein gebracht, „ins Gedächtnis gerufen" werden, sondern werden in der Hauptsache nur durch neues Vorführen wieder lebendig. Aus der Tatsache aber, daß wir bei neuem Hören, Sehen, Erleben vieles sofort wiedererkennen, geht hervor, daß nur der Weg zu dem noch fast ungeschmälert vorhandenen Gedächtnismaterial versperrt war; weiter ergibt sich aus der Tatsache, daß wir bei dem Wiedererkennen auch Veränderungen gegenüber den früheren, scheinbar entschwundenen Wahrnehmungen feststellen können, und zwar oft sehr genau, daß diese Merkspuren vielfach sogar in erstaunlicher Zuverlässigkeit erhalten sind. Wir müssen deshalb zwischen dem in seinem Umfange beschränkten verfügbaren (aktuellen) und dem sehr viel größeren Kreise des nicht oder nicht ohne Nachhilfe reproduzierbaren (latenten) Gedächtnismaterials unterscheiden.

Gelegentlich findet sich als persönliche Eigenart, daß überhaupt ganze Gebiete von Erinnerungsbildern nicht ins Gedächtnis zu rufen sind, obgleich sie, wie das Wiedererkennen und Traumbilder beweisen, tatsächlich vorhanden sind. Vortr. selbst ist z. B. außerstande, sich irgend etwas, sei es auch noch so bekannt, optisch vorzustellen oder zu beschreiben, erkennt aber gleichzeitig Handschriften, Gesichter und dergleichen noch nach langen Jahren wieder. Ohne Umsetzen in sprachliche Bezeichnungen ist es ihm dabei schon nach wenigen Augenblicken unmöglich, etwas Gesehenes zu beschreiben. Ähnliche Beobachtungen sind auch auf akustischem Gebiete bekannt. Der Mangel reproduzierbarer visueller oder akustischer Vorstellungen zwingt zum Ersatz, so daß bei langjähriger Übung und Gewöhnung der Schaden gering ist. Sehr viel ernster ist die Schädigung bei frisch erworbenen Ausfällen, die sich bei Schädelverletzungen, auch außerhalb der Okzipitalregion, nicht selten finden.

Vortr. berichtet über einen 17jährigen kriegsfreiwilligen Setzer, der nach einer rechtsseitigen Scheitelbeinverletzung einen ganz isolierten Verlust der vorher guten visuellen Reproduktionsfähigkeit erlitten hatte. Der Kranke erkannte mit verschwindenden Ausnahmen alles gut wieder. Die Prüfung mit den *Heilbronner*schen Ergänzungsbildern fiel geradezu glänzend aus; dagegen war er außerstande, eine einfache Figur nachzuzeichnen oder mit Bauklötzen nachzubauen, sobald er die Vorlage nicht mehr vor Augen hatte. Er fand trotz allen Suchens bei der Aufgabe, rote Gegenstände und solche, die sich in einer Küche befinden, aufzuzählen, nur je einen Gegenstand aus beiden Gebieten. Ein großes A und E in deutscher Druckschrift konnte er auch mit Hilfe nicht nachzeichnen. Während er früher



ohne Mühe Plakate im Kopf entwerfen und deren Wirksamkeit sich vorstellen konnte, fehlte ihm jetzt jede Möglichkeit, solche und ähnliche Aufgaben zu lösen. Er war auf tastende Versuche angewiesen.

Der Fall ist keine Ausnahme. Er ist nur insofern wichtig, als er zeigt, daß isolierte Ausfallerscheinungen, die nur bei sehr genauer Untersuchung zu finden sind, unter Umständen die Ausführung eines Berufs unmöglich machen können. Ebenso wie der geschilderte Kranke infolge seiner Reproduktionsstörung als Setzer in gehobener Stellung nichts mehr leisten kann, richtet diese Störung überall da, wo der Beruf die Fähigkeit voraussetzt, sich optisch Pläne und Muster vor Augen zu stellen, sich gesehener Eindrücke lebhaft erinnern und sie im Geiste verändern zu können, wie z. B. bei Technikern, Baumeistern, Musterzeichnern, Malern, großen Schaden an; auch Kaufleute, Mathematiker, die visuell zu rechnen gewohnt sind, werden durch die Unzugänglichkeit der optischen Erinnerungsbilder schwer geschädigt.

Der Fall ist aber weiter auch theoretisch von besonderem Interesse als ein Beispiel erworbener Behinderung der Verfügung über die visuellen Erinnerungsbilder. Es ist unbedingt erforderlich, die Störung der Reproduktionsfähigkeit schärfer von der Merkfähigkeit und dem Gedächtnisverlust durch Vernichten des Gedächtnismaterials zu trennen, weil dadurch viele rätselhafte Erscheinungen der Pathologie des Gedächtnisses leichter verständlich werden. Wahrscheinlich beruhen viele Amnesien bei Dämmerzuständen, *Korsakoff*scher Psychose usw. nur auf der Unzugänglichkeit der Erinnerungsbilder. Ein typisches Beispiel für diese Art der Störung ist ferner die amnestische Aphasie. Wieweit auch auf andere Formen der Aphasie und vielleicht auch auf zentrale Lähmungen die hier vorgetragenen Gesichtspunkte Anwendung finden können, bedarf noch weiterer Untersuchungen. Doch hält der Vortragende es nicht für zweifelhaft, daß mindestens ein Teil dieser Störungen nicht auf einer Zerstörung der Merkspuren beruht, sondern nur auf einer Erschwerung oder Aufhebung der Fähigkeit, sie wieder aufleben zu lassen. —

Hübner-Bonn: Die strafrechtliche Begutachtung von Soldaten.

Aufgabe des Sachverständigen ist es nicht allein, Material für die Beurteilung der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten zu erbringen, sondern es sind auch diejenigen medizinischen Gesichtspunkte zu erwägen, welche dem Richter die Beurteilung des Tatbestandes erleichtern.

1. Unerlaubte Entfernung (§ 64—69 StGB.).

Unter den Unzurechnungsfähigen befanden sich schwere Angstpsychosen mit Hemmung, poriomanische Zustände in Verbindung mit epileptischen Anfällen, dipsomanische Attacken, Zustände pathologischer Reizbarkeit und Neigung zu Verstimmungen, zum Teil gesteigert durch



Alkohol, hysterische Dämmerzustände, Erregungszustände mit und ohne Eifersuchtsvorstellungen. Dazu sind zu erwähnen: junge Leute, die durch den Dienst während der Ausbildung stark mitgenommen, vorübergehend psychisch krank werden, sich nachher aber wieder bessern. Bei ihnen spielt der Schwachsinn gelegentlich auch eine gewisse Rolle.

Daß im übrigen auch hochgradig Schwachsinnige zu unerlaubten Entfernungen neigen, ist aus den Friedenserfahrungen bekannt.

Unter den Zurechnungsfähigen befanden sich zahlreiche psychopathisch Minderwertige, bei denen zum Teil die unerlaubte Entfernung ein „Verbrechen aus Heimweh" darstellte, indem die Leute sich in die neuen Verhältnisse des Militärlebens nicht einpassen konnten.

Unter den Zurechnungsfähigen spielten auch die chronischen Alkoholisten eine gewisse Rolle.

Besonders erwähnt Vortr., daß ein Typ von Leuten einen bestimmten Komplex von Delikten, nämlich unerlaubte Entfernungen, Selbstbeförderung zu höheren Chargen, Selbstverleihung von Ordensauszeichnungen und Schwindeleien begeht. Bei ihnen ist nicht immer die Furcht vor dem Schützengraben die Ursache ihrer Delikte, sondern oft auch Großmanns- und Renommiersucht. Von diesem Typ wurden sämtliche Fälle von den Gerichten verurteilt.

2. Feigheit (§ 84—88 StGB.).

Feigheit ist Furcht vor persönlicher Gefahr. Diese Gefahr muß Beweggrund der Handlung gewesen sein. Vortr. erörtert die Frage, wieweit man die bei Neurasthenikern und Hysterikern im Schützengraben bekanntermaßen vielfach vorhandenen Angstzustände mit dem Begriff Furcht vor persönlicher Gefahr identifiziert hat. Er führt einen Fall an, in dem die höhere Instanz annahm, daß die neurasthenischen Angstzustände nicht unter den Begriff der Furcht vor persönlicher Gefahr fielen. Er fügt hinzu, daß andere Gerichte anders geurteilt hätten.

In einem der Fälle, die *H.* begutachtet hat, entstand plötzlich eine hysterische Lähmung beider Beine, die den Pat. hinderte, einen ihm eben erteilten Dienstbefehl, der ihn in große Gefahr brachte, auszuführen.

In einem Falle, wo anfallweise hysterisches Zittern während eines Gefechtes auftrat, hat das Gericht Feigheit als vorliegend angesehen.

Ebenso ist dem Vortr. ein Fall bekannt, wo nach einem der ersten Gasangriffe der Engländer bei einem Mann, dessen Gasmaske nicht ganz funktioniert hatte, trotzdem Feigheit angenommen wurde, weil er in die hinteren Gräben gelaufen war. Objektive Symptome einer Gasvergiftung waren nicht festgestellt worden.

3. Selbstverstümmelung (§ 81 MStGB.).

Der juristische Nachweis der Selbstverstümmelung ist sehr schwierig.

Besondere Schwierigkeiten bereiten die in den Nervenlazaretten nicht selten auftauchenden Fälle, in denen Hysteriker sich artefizielle Geschwüre beibringen.



Vortr. hat einen besonders krassen Fall dieser Art gesehen, in dem es trotz aller angewandten Mühe verschiedener Lazarette nicht gelang, den Pat. zur Dauerheilung und damit ins Feld zu bringen. Eine Anklage konnte gleichfalls nicht erhoben werden.

4. Strafbare Handlungen gegen die Pflichten der militärischen Unterordnung.

Vortr. macht auf einen Typ von jüngeren Soldaten aufmerksam, die zunächst eine Schützengrabenneurasthenie bekommen, auf Grund deren sie dann zu Alkoholisten werden und einige Monate später entgleisen.

Im übrigen spielt bei diesen Delikten der sogenannte pathologische Rausch eine große Rolle.

In einem Teil der Fälle war es leicht, aus der Menge und Art des genossenen Alkohols einerseits, dem äußeren Verhalten des Pat. andrerseits und der neurasthenisch-hysterischen Grundlage in 3. Linie den Schluß auf das Bestehen eines pathologischen Rausches zu ziehen. Zu beobachten war auch da, daß das äußere Verhalten der Pat. wechselte. Die Kranken schwankten und lallten nicht dauernd, sondern schienen zeitweise äußerlich durch die genossenen Alkoholmengen nicht tangiert.

Daneben fand sich eine ganze Reihe von Fällen, wo das Alkoholquantum, welches genossen war, nicht sehr groß war, und trotzdem ein krankhafter Zustand bestand, wie sich bei genauerer Analyse des Gesamtvorganges aus der Tatsache ergab, daß anfallartige Zustände meist mitten während des fraglichen Deliktes zur Beobachtung gekommen waren.

In einer 3. Gruppe von Fällen handelt es sich um sehr reizbare Neurastheniker, die mäßige Mengen Alkohol genossen hatten, wodurch ihre Reizbarkeit eine weitere Steigerung erfuhr.

Neben den bisher besprochenen Fällen fanden sich auch einige mit epileptischen Verstimmungen und ein Fall von Schlaftrunkenheit, gesteigert durch Alkohol, bei einem Imbezillen.

5. Wachvergehen (§ 141 MStGB.).

Vortr. hat einige Fälle begutachtet, in denen Mannschaften auf Wache als betrunken bezeichnet worden waren, während die genossene Alkoholmenge die Schwere des Zustandes nicht erklärte. Die nähere Untersuchung ergab, daß es sich um anfallartige Zustände oder Bewußtseinstrübungen gehandelt hatte.

Von den nach dem Reichsstrafgesetzbuch abzuurteilenden Delikten erwähnt Vortr. folgende:

Totschlag: Beobachtet wurden 6 Fälle, davon war einer ein Halluzinant, der 2. befand sich in einem durch Alkohol ausgelösten epileptischen Dämmerungsand, der 3. hatte 24 Stunden lang nichts gegessen, sich den größten Teil der Zeit im Freien in größter Kälte aufgehalten und war stundenlang auf einer Straße gefahren, die von dem Feinde eingesehen werden konnte und beschossen wurde. Als er ins Warme kam und eine kleine Menge Rum trank, versank er in sinnlose Betrunkenheit und schoß





auf eine Zivilperson, die in der Nähe war. In 2 andern Fällen handelte es sich um rezidivierende Dämmerzustände mit Personenverkennung. Bei der letzten der hierhin gehörigen Beobachtungen handelte es sich um einen Mann, der früher mehrere Male in den Tropen gewesen war, Malaria und Dysenterie gehabt hatte, direkt aus den Tropen in den Kriegsdienst trat, sofort die größten Anstrengungen mit minimalstem Schlaf und schlechter Ernährung durchzumachen hatte und infolgedessen aus krankhafter Reizbarkeit heraus auf einen Mann seiner Umgebung schoß.

6. Sexualdelikte: Bei den meisten Fällen, welche begutachtet wurden, spielt der Alkohol eine Rolle. Außerdem befand sich ein Pat. darunter, bei dem es sich um eine seltene Mischung von Masochismus, Koprophagie, Homosexualität und Onanie handelte, die bei einem hysterischen Menschen bestanden.

Zur Simulationsfrage berichtet Ref., daß eine Zeitlang bei den Bonner Untersuchungsgefangenen die Neigung bestand, die Rückführung aus der Untersuchungshaft in die Klinik durch Markieren von Erregungszuständen zu erzwingen. Nachdem einige Untersuchungsgefangene trotzdem unter psychiatrischer Beaufsichtigung im Gefängnis blieben, hörten diese Erregungszustände auf.

Schließlich erwähnt Vortr. noch, daß die psychogenen Krankheitszustände vor Gericht mitunter kränker erscheinen, als sie in Wirklichkeit sind. Wenn die Strafe milde ausfällt oder Freisprechung erfolgt, so sieht man geradezu ruckartige Besserungen.

Witte-Bedburg berichtet über anatomische Veränderungen am Zentralnervensystem bei Tetanus traumaticus. Es handelt sich um 4 Fälle von Tetanus bei Kriegsteilnehmern, welche Extremitätenverletzungen erlitten hatten; die Inkubationszeit betrug 5—8 Tage, die Dauer der Krankheit 2½, 3, 4 und 23 Tage. Alle sind mit Antitoxin behandelt worden. In sämtlichen Fällen ist die nervöse Substanz des Rückenmarks und Gehirns erkrankt, und zwar am stärksten Rückenmark, Oblongata und Pons; überall finden sich an Ganglienzellen Verlagerung des Kerns und Kernkörpers sowie Vergrößerung des Kernkörpers und reichlich Lipochrom im Zelleib; an den motorischen Zellen, welche am schwersten befallen sind, kommen dazu noch Verkleinerung der Zellen mit Vergrößerung und Verklumpung der Nißl-Schollen. Die Erkrankung der einzelnen Zellen ist nichts dem Tetanus Eigentümliches, aber charakteristisch scheint das massenhafte Auftreten derartig erkrankter Ganglienzellen zu sein. — Die Neurofibrillen sind intakt. An den markhaltigen Nervenfasern findet sich regellos Zerfall der Markscheiden und Schwellung der Achsenzylinder. Von Gliaveränderungen sieht man synzytiale Bildungen, in 3 Fällen reichlich amöboide Gliazellen im Rückenmark, Oblongata und Pons, im 4. Falle feinkörnigen Zerfall der faserigen Glia im Rückenmark und Oblongata. Die Gefäße sind normal; im Rückenmark findet man

im adventitiellen Raum einige Lymphozyten und kleine, albuminöse Exsudate im adventitiellen und perivaskulären Raum. In 3 Fällen sind lipoide Abbauprodukte nachweisbar, am schwächsten im Rückenmark. Miliare frische Blutungen bestehen an verschiedenen Stellen des Rückenmarks und der Oblongata. Es handelt sich um eine Allgemeinerkrankung des gesamten Zentralorgans auf toxischer Basis, mit besonderer Bevorzugung der motorischen Partien.

Außerdem bestehen in allen Fällen eine Reihe von Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystems, und in einem der Fälle, dem einzigen, bei welchem auch die Obduktion der übrigen Körperhöhlen vorgenommen werden konnte, ein Status thymo-lymphaticus. Wenn dieser Befund kein Zufallbefund bei einer kleinen Zahl von Fällen ist, so möchte man annehmen, daß solche nicht ganz vollwertige Organismen die Prognose des Tetanus ganz besonders ungünstig gestalten, und daß sie vielleicht sogar ein prädisponierendes Moment für diese Krankheit bedeuten.

Raether-Bonn: Über die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Kriegsneurosen.

M. H. Wegen der vorgeschrittenen Zeit verzichte ich auf den Vortrag in extenso meiner Arbeit über die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Kriegsneurosen, die sich auf das soldatisches Material der Psychiatrischen Klinik in Bonn stützt.

Doch möchte ich wenigstens den Tenor meiner Materialsammlung zur Diskussion aufwerfen und von dem Pro und Contra weitere Materialsichtungen meinerseits abhängig machen:

„Wäre es nicht möglich, die Subjektivität des ärztlichen Gutachters dadurch auszuschalten, daß man, gestützt auf Tausende von guten Krankengeschichten und militärärztlichen Beurteilungen zwecks Dienstentlassung mit Versorgung, an einer Zentralstelle die Gesichtspunkte und Symptome zur Beurteilung der Neurose und der prozentual festgelegten Erwerbsbeschränkung sichtete und versuchte, gewisse Richtlinien, womöglich tabellarisch, aufzustellen, an Hand deren man die Erwerbsbeschränkung bei Neurosen, ähnlich der für andere Leiden vorhandenen, mehr oder weniger schematisch bemessen könnte.“

Beispiel: Von den Fällen von Hysterie, die außer hysterischen Stigmaten auf körperlichem Gebiet nur leichten partiellen Tremor und seltene Anfälle aufweisen, deren Erwerbsbeschränkung in den D. U.-Zeugnissen zwischen 25 und 50% beurteilt wird, nehme ich die Mitte, etwa mit 33⅓%. — Oder: Ein Mann mit Stigmata, Körpertremor, schweren Anfällen und psychogener Gehstörung ist 66⅔% erwerbsbeschränkt als Durchschnitt von 1000 Fällen dieser Art bei schwankender Rentenbemessung zwischen 50 und 80%.

Und so fort je nach Zahl und Stärke der Symptome.

Ich gebe zu, daß dieser Versuch, ein Schema aufzustellen, sehr



schwierig, ja gefährlich ist, da ja auch der jeweilige Beruf des Pat. eine entscheidende Rolle spielt.

Immerhin halte ich die Frage der Diskussion wert und bitte daher um das Urteil der Herren, die in der Beurteilung von Unfall- bzw. Kriegsneurosen Erfahrungen gesammelt haben.

Rumpf pflichtet *Raether* durchaus bei, daß es zweckmäßig ist, den Verlauf der Kriegsneurosen ebenso zu verfolgen, wie *Horn* und er dies bezüglich der Neurosen nach Eisenbahnunfällen getan haben. Für die meisten Fälle wird aber zuvor die Frage der Kapitalabfindung für die entstandene Schädigung zu erwägen sein, wobei allerdings, wie *Rumpf* schon früher ausführte, der einzelne Fall sorgfältig zu beurteilen ist. Die Schreckneurosen und einzelne Fälle von Hysterie geben prognostisch bei Kapitalabfindung eine bessere Prognose als bei Rentenbewilligung. Kontusionsneurosen und nervöse Erscheinungen nach Commotio cerebri sind prognostisch weniger günstig. Für die Kriegsbeschädigten kann naturgemäß vielfach eine Entschädigung durch Ansiedlung in Betracht kommen. Immer aber steht die Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit an erster Stelle.

Rieder möchte den Antrag *Raether* dringend befürworten, ebenso angeregt haben, daß in der Kommission für die Beurteilung der Rentensache beim Sanitätsamt ein neurologisch-psychiatrisch vorgebildeter bzw. erfahrener Arzt zu sitzen kommt.

Sauermann-Merzig: Das von Herrn *Raether* gewünschte Schema dürfte während des Krieges kaum zur Anwendung gelangen können. Seine Aufstellung ist — wenn überhaupt möglich — zu langwierig und schwierig. Schon der Beruf z. B. bringt bei den gleichen Schädigungen ganz verschiedene Bemessung der Erwerbsbeschränkung.

Dem von Herrn *Rieder* geäußerten Wunsche nach Mitwirkung von Nervenärzten bei der Prüfung der Dienstunbrauchbarkeitszeugnisse wird beim stellvertretenden XXI. (einschließlich XVI.) Korps dadurch entgegenkommen, daß die Leute in der Nervenstation begutachtet werden, auch dann, wenn nicht das Lazarett, sondern der Truppenarzt zur Ausstellung des Zeugnisses verpflichtet sein würde.

Voß macht auf die große Schwierigkeit einer Sammelstatistik im Sinne *Raethers* und ihre Unzuverlässigkeit aufmerksam und betont die Gefahr einer Schematisierung, wo alles auf die Individualisierung des Einzelfalles ankommt.

Beyer: Wenn Herr *Raether* jetzt mit der Sammlung von Material beginnen will, so ist das gewiß sehr verdienstlich. Wir müssen uns aber darüber klar sein, wenn auch noch so viele Tausende von Fällen zusammenkommen, daß das alles einstweilen nur Urteile sind, deren Richtigkeit nicht bewiesen ist. Zum Abschluß darf die Statistik nicht eher als frühestens fünf Jahre nach Beendigung des Krieges gebracht werden.



Loeb hält es für praktisch durchführbar und für die einheitliche Begutachtung zweckmäßig, wenn dem Zeugnisaussteller jedesmal nach der abschließenden Prüfung durch den Korpsarzt bzw. dessen fachärztlichen Stellvertreter eine Nachricht zukäme, die dem Aussteller seine Abschätzung bestätigt oder diese richtigstellt.

Raethers Schlußwort in der Diskussion: Das Ideale wäre allerdings, wie Herr *Rumpf* nach dem Vorgang von *Hoche*-Freiburg betont, die „einmalige Abfindung". Doch müssen wir für jetzt die bestehenden Rentengesetze anwenden, die die einmalige Abfindung noch nicht vorsehen.

Die Gesichtspunkte der Herren *Rieder*, *Beyer*, *Loeb*, *Voß* und *Sauermann* hatte ich in meinem heutigen Vortrage sämtlich berücksichtigt, und ich möchte selbst nochmals betonen, daß meine heutige Anregung mehr eine Anfrage sein sollte, um von dem Pro oder Contra weitere Materialsichtungen meinerseits abhängig zu machen.

Mörchen-Wiesbaden: Das Fehlen traumatischer Neurosen bei Kriegsgefangenen.

Die fast vollständig negativen Erfahrungen bezüglich des Vorkommens sogenannter traumatischer Neurosen bei Kriegsgefangenen sind von größter Bedeutung sowohl für die wissenschaftliche Frage nach dem Wesen dieser eigenartigen Störungen als auch für ihre praktische Beurteilung. Vortr. hat seit 1 ½ Jahren das Material des Kriegsgefangenenlagers Darmstadt als Lagerarzt auf das Vorkommen traumatischer Neurosen systematisch beobachtet und auch die entsprechenden Erfahrungen der Kriegsgefangenenlager Limburg und Gießen durch gelegentliche Besuche mitverwertet. Es handelt sich im ganzen um mindestens 60 000, meist französische, Gefangene, von denen annähernd 10 000 in den Kriegsgefangenenlazaretten sich befanden. Dies Material enthält auch die meisten der bei Verdun gefangengenommenen Franzosen, von denen die Hälfte das Durchgangslager Darmstadt passiert hat und von dem Vortr. gruppenweise auf ihren nervösen Gesamtzustand hin angesehen werden konnte.

Im ganzen sind bis jetzt in diesem großen Material, das mindestens 4000 Leichtverwundete enthält, 6 Fälle von „traumatischer Neurose" festgestellt worden, deren psychische Bedingtheit sich leicht erweisen ließ. Dieses fast vollständige Fehlen der bei Nichtgefangenen so häufigen Reiz- und Lähmungszustände durch psychische Erschütterung oder Kommotionswirkung suchten wir durch systematisches Befragen einzelner Gefangener und besonders der mitgefangenen Ärzte zu erklären. Es ergab sich bisher folgendes: Die Leute haben, besonders soweit sie in den letzten Monaten gefangengenommen wurden, fast ausnahmslos bis zur Gefangennahme in schwerstem Trommelfeuer gelegen. Viele waren verschüttet, die meisten haben Granatkommotionen erlitten. Sowohl die somatischen als die individuellen psychischen Reaktionen auf diese Schocks treten anscheinend ebenso häufig und in derselben Weise ein, wie wir es



von unseren Leuten wissen. Ein Abtransport nach rückwärts konnte gerade in der Zeit unmittelbar vor der Gefangennahme nicht mehr stattfinden, da das Sperrfeuer die rückwärtigen Verbindungen aufgehoben hatte. Hinter der Front und im Heimatgebiet der Franzosen kommen in Lazaretten usw. auch zahlreiche Fälle von Kriegsneurosen zur Beobachtung, wobei die „hysterischen Kontrakturen" die Hauptrolle zu spielen scheinen. Die Gefangennahme dagegen bedingt ein fast sofortiges Aufhören aller kriegsneurotischen Erscheinungen, soweit sie sich unmittelbar nach dem Schock schon entwickelt haben. In der Gefangenschaft sodann kommt es nicht mehr zur nachträglichen Entwicklung neurotischer Erscheinungen.

Als Grund hierfür müssen wir nach unserer Erfahrung in erster Linie das ausgesprochene Entlastungsgefühl durch die Gefangennahme bezeichnen. Die Leute, die, halb betäubt, schon gar nicht mehr mit der Möglichkeit rechneten, aus dem Trommelfeuer lebend hervorzugehen, sind ganz plötzlich nicht nur aus dieser „Hölle" erlöst, sondern auch mit Sicherheit vor jeder Rückkehr in diese Schrecknisse geschützt. Es ist ein schwerer Druck von ihnen genommen, der Krieg ist für sie zu Ende, sie haben ihr Leben gerettet. — Dies positive Glücksgefühl läßt alles andere zurücktreten. In alledem sehen wir einen ausgesprochenen therapeutischen Faktor. Er läßt uns hoffen, daß das Kriegsende auch für viele unserer Kriegsneurotischen ein heilendes Moment bilden wird.

Daß in der Gefangenschaft die psychischen Dispositionen für die nachträgliche Entwicklung seelisch nervöser Unfallfolgen nicht geschaffen werden, liegt wohl in erster Linie an dem Fehlen der Untersuchungen hinsichtlich Dienstfähigkeit bzw. Dienstbeschädigung. Sodann fehlt für den hysterischen Einschlag in diesen Zuständen das Publikum, das leider nichtgefangene Kriegsnervenkranke allzuoft ungünstig zu beeinflussen Gelegenheit hat. Schließlich haben die Gefangenen keinen Anlaß zur Verdrängung von Angstvorstellungen (teilweise auch Begehrungsvorstellungen) ins Unterbewußtsein, wo diese psychisch krankmachend wirken könnten.

Bei der Entstehung bzw. Grundlegung der späteren Kriegsneurosen durch körperliche oder seelische Schockwirkung handelt es sich wohl um eine psychische Blockierung, Reiz- oder Lähmungsvorgänge bestimmter Funktionskomplexe, um einen „Innervationsschock". Aber das Psychogene, d. h. die Mitwirkung bewußter oder unterbewußter gedanklicher Vorgänge, spielt seine Rolle erst später bei der psychischen Fixierung der gestörten Mechanismen und trägt vor allem dazu bei, die so fixierten Innervationsstörungen therapeutisch mehr oder weniger unbeeinflußbar zu machen.

Wenn es zu dieser falschen Einstellung psychomotorischer und psychosensibler Funktionskomplexe, zu einer Blockierung psychogener



Art gekommen ist, liegt ohne Frage ein Zustand vor, den wir richtiger mit Psychose als mit Neurose bezeichnen. Er läßt sich am ersten vergleichen mit dem durch Hypnose erzeugten Geisteszustand eines unter einer posthypnotischen Suggestion Stehenden. Die Wirksamkeit stärkerer Gegensuggestionen in therapeutischer Hinsicht läßt sich mit dieser erklären und verwerten. Auch hysterische und katatone Dispositionen mögen die individuelle psychische Reaktion bei Innervationsschock beeinflussen.

Weitere wesentliche nervenärztliche Beobachtungen und Feststellungen am Gefangenenmaterial werden von dem Vortr. späterhin veröffentlicht werden.

Der Vortrag erscheint ausführlich in der Münchner Medizinischen Wochenschrift. *Umpfenbach.*



Kleinere Mitteilungen.

Der Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebiets wird seine diesjährige Hauptversammlung am 23. September im Anschluß an die Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte zu München abhalten. Darin wird Prof. Kräpelin über die von ihm angestellten Versuche über Treffsicherheit von Schützen mit und ohne Alkohol berichten. Näheres in der Internat. Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus und Bekämpfung der Trinksitten.

Personalnachrichten.

Dr. *Karl Kleist*, ao. Prof. in Erlangen, ist als o. Professor nach Rostock und als Direktor an die Landesanstalt Gehlsheim berufen und hat die Berufung angenommen.

Dr. *Otto Schlüter*, San.-Rat, Oberarzt in Gehlsheim, hat unter Verleihung des Titels Medizinalrat den Abschied genommen.

Dr. *Otto Hösel*, Obermedizinalrat, Dir. von Zschadraß, ist zum Vortragenden Rat im Kgl. Sächsischen Minist. des Innern mit dem Titel Geh. Medizinalrat,

Dr. *Heinrich Dehio*, Dir. von Colditz, zum Direktor von Zschadraß,

Dr. *Otto Gerling*, Oberarzt in Merxhausen, zum Direktor der Landesanstalt Haina,

Dr. *Fr. K. Walter*, Priv.-Doz. an der Univ. Rostock, zum Oberarzt der Landesanstalt Gehlsheim ernannt worden.

Dr. *Artur Pelz* hat sich als Privatdozent in Königsberg niedergelassen.

Dr. *Sigbert Ganser*, Dir. d. städtischen Heilanstalt in Dresden,

Dr. *Ludwig Edinger*, Prof., und

Dr. *Emil Sioli*, Prof. in Frankfurt a. M., sind zum Geh. Medizinalrat,

Dr. *Adolf Hofmann*, Oberstabsarzt, leit. Arzt der Zweiganstalt für Gkr. an der Strafanstalt zu Bautzen, und

Dr. *Josef Peters*, Oberarzt am Philippshospital in Goddelau, z. Z. Stabsarzt beim Festungslazarett Mainz, zum Medizinalrat ernannt worden.

Dr. *Friedrich Siemens*, Geh. Med.-Rat, Mitglied d. Pommerschen Med.-Koll. und bisher Dir. d. Prov.-Anstalt Lauenburg, hat den Roten Adlerorden 3. Kl. mit Schleife,





Dr. *Erwin Lauschner*, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Treptow, das Eiserne Kreuz und das Kgl. Sächsische Ehrenkreuz für freiwillige Krankenpflege,

Dr. *Otto Binswanger*, Prof. in Jena u. Geh. Med.-Rat,

Dr. *Emil Kräpelin*, Prof. in München,

Dr. *Carl Textor*, Dir. d. Prov.-Pflegeanstalt Eberstadt, die Rote Kreuzmedaille 3. Kl.,

Dr. *Sigbert Ganser*, Geh. Med.-Rat, Dir. Arzt d. städt. Heilanstalt in Dresden,

Dr. *Gustav Hecker*, San.-Rat, Dir. Arzt d. städtischen Heilanstalt in Dresden,

Dr. *Kurt Ackermann*, Obermed.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Großschweidnitz, und

Dr. *Wilhelm Sagel*, Anstaltsarzt in Arnsdorf, das Kgl. Sächsische Kriegsverdienstkreuz,

Dr. *Joh. Bresler*, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Lüben, den K. Österr. Franz-Josef-Orden am Bande des Militärverdienstkreuzes und die Rote Halbmondmedaille 1. Kl. erhalten.

Dr. *Arnold Stegmann*, Nervenarzt und Psychiater in Dresden, Berater der Trinkerheilstätte Seefrieden, Ritter des Eisernen Kreuzes, ist, wie erst jetzt sicher festgestellt wurde, am 7. Oktober 1914 bei Vauquois gefallen.

Dr. *J. van Deventer*, früher Dir. d. Anstalt Meerenberg, seit 1904 Staatsinspektor für das Irrenwesen in Holland, ist, 62 J. alt, im Februar 1916 an einem Herzleiden,

Dr. *Paul Werner*, San.-Rat, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Andernach, im 49. Lebensjahre nach kurzer Krankheit am 23. April,

Dr. *Franz Kleiminger*, Oberarzt in Neustadt (Holstein), an den Folgen einer schweren Verwundung auf dem westlichen Kriegsschauplatz im Feldlazarett am 8. Juni,

Dr. *Adolf Luther*, Oberarzt in Lauenburg, 42 J alt, am 27. Juni,

Dr. *Ferdinand Karrer*, Med.-Rat, Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster, 72 J. alt am 2 Juli gestorben.

Dr. *Hugo Ermisch*, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Treptow a. R., Stabsarzt d. R., ist am 10. Juli,

Dr. *Hans Dieckert*, Ass.-Arzt d. Prov.-Anstalt Schleswig, Stabsarzt d. R., am 17. Juli,

Dr. *Josef von Ehrenwall*, Oberarzt d. Priv.-Anstalt Ahrweiler, Ass.-Arzt im 1. Badischen Feldartillerie-Regt. Nr. 14, Inhaber d. Eisernen Kreuzes, 32 J. alt, am 27. Juli auf dem westlichen Kriegsschauplatz gefallen.

Dr. *Karl Rank*, Obermed.-Rat, früherer Dir. d. Landesanstalt Weißenau, ist gestorben.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

I. LITERATURHEFT ZU BAND LXXII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1914

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL
DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

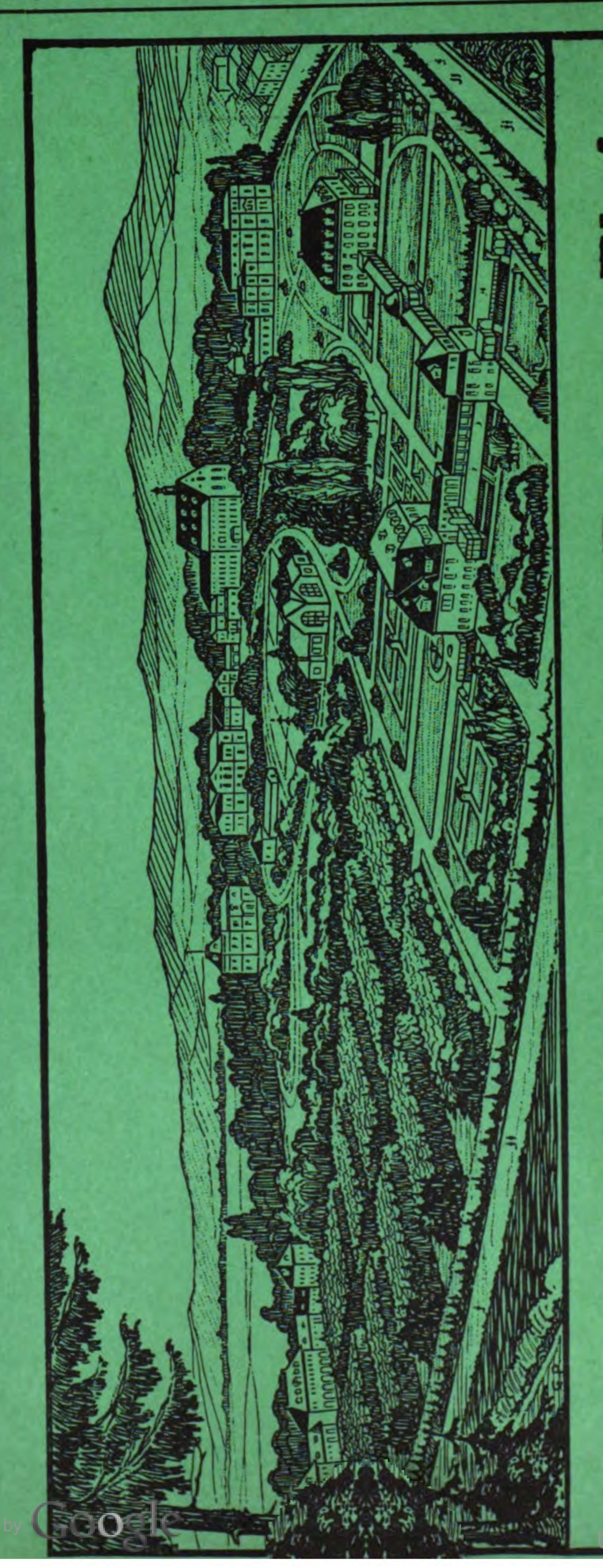
HEFT I

AUSGEGEBEN AM 30. JUNI 1916



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1916.

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalièn und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil-u. Pflegeanstalt für Nerven-u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ... Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

1. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: Max Isserlin-München.

1. *Aall, 'Anathon*, Der Traum. Ztschr. f. Psychol. Bd. 70, H. 12, S. 125—160. (S. 35*.)
2. *Aall, Anathon*, Zur Erforschung der Einprägung und Reproduktion. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 7—14. Schumann, Leipzig.
3. *d'Allonnes, Revault*, L'attention indirecte. Revue Philosophique 30. Jahrg., Nr. 1, S. 32—54.
4. *Ahrens, W.*, Rechenkünstler. Die Naturwissenschaften 2. Jahrg., H. 16, S. 381—384.
5. *Alrutz, Sydney*, Ein Perseverationsphänomen, mit Hypnose behandelt. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 14—15. Schumann, Leipzig.
6. *Alrutz, Sidney*, Wie man die Natur der Hitzeempfindung beweist und demonstriert. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 15—20. Schumann, Leipzig.
7. *Alrutz, Sydney*, Zur Dynamik des Nervensystems. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 21—28. Schumann, Leipzig.
8. *Alrutz, Sidney*, Zur Psychologie der Taschenspielerkunst. Das erste Kapitel in der Geschichte der Aussagepsychologie. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 8, H. 3 u. 4, S. 181—192.
9. *Alt, Ferdinand*, Die Komponenten des musikalischen Leistungsvermögens. Wiener med. Wschr. Nr. 12.
10. *Ament, Wilhelm*, Die Seele des Kindes. Stuttgart (Frankhsche Buchhandl.). 4. verb. Aufl., 95 S. (S. 35*.)
11. *Anschütz, Georg*, Theodor Lipps' neuere Urteilslehre. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 30, H. 3 u. 4, S. 329—414.



12. *Anschütz, Georg*, Zwei neue Ergographen. Ztschr. f. Pädagog., Psychol. u. experim. Pädagog. 15. Jahrg., H. 6, S. 336—338.
13. *Ash, I. E.*, Fatigue and its effects upon control. Archives of Psychology Nr. 31, 61 S.
14. *Aufseß, Freiherr von und zu*, Das Sehen unter Wasser. Die Umschau 18. Jahrg., H. 1, S. 6—12.
15. *Augstein*, Das Sehenlernen eines 15jährigen Blindgeborenen. Die Umschau 18. Jahrg., H. 1, S. 4—5.
16. *Baade, Walter*, Gibt es isolierte Empfindungen. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. (1. Teil). Leipzig. Seite 30—31.
17. *Baade, W.*, Über darstellende Psychologie. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol., 1. Teil. Leipzig. S. 28—30.
18. *Bagliani, S.*, Influenza dei suoni sull'altezza vocale del linguaggio. Vox Bd. 24, H. 2, S. 66—81.
19. *Baley, Stefan*, Versuche über die Lokalisation von Tönen. Passows u. Schäfers Beiträge zur Anat. usw. des Ohres usw. Bd. 7, 1914, S. 69—99.
20. *Ballet, G.*, et *Genil-Perrin, G.*, L'Examen clinique du fond mental chez les déments. Technique d'examen et représentation graphique. L'Encéphale Febr. 1914, S. 101—135.
21. *Ballard, Philip B.*, Obliviscence and reminiscence. British Journ. of Psychol. Monograph Supplements Bd. 1, Nr. 2, VI u. 82 S. 1913.
22. *Balz, Albert*, Music and emotion. The Journ. of Philosophy, Psychology and Scientific Methods Bd. 11, S. 236—244.
23. *Bauch, Michael*, Beobachtungsfehler in der meteorologischen Praxis. Fortschritte d. Psychol. und ihrer Anwendungen Bd. 2, H. 4, S. 246—253.
24. *Bauch, M.*, Zur Gleichförmigkeit der Willenshandlungen. Fortschritte d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 2, H. 6, Seite 340—369. (S. 33*.)
25. *Beck, Rudolf*, Studien und Beobachtungen über den psychologischen Einfluß der Gefahr. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 33, H. 1 u. 2, 1914, S. 221—226.
26. *Behn, Siegfried*, Über das religiöse Genie. Arch. f. Religionspsych. Bd. 1, S. 45—67.



27. *Benjamins*, *C. E.*, Über den Hauptton des gesungenen oder laut gesprochenen Vokalklanges. Pflügers Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 155, H. 8 u. 9, S. 436—442. 1914.

28. *Benussi*, *V.*, Die Atmungssymptome der Lüge. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, H. 1 u. 2, S. 244. (S. 34*.)

29. *Benussi*, *Vittorio*, Die Gestaltwahrnehmungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 69, H. 3/4, S. 256—292. (S. 30*.)

30. *Benussi*, *Vittorio*, Gesetze der inadäquaten Gestaltauffassung. Mit 8 Textfig. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 3 u. 4, Seite 396—419. (S. 30*.)

31. *Benussi*, *Vittorio*, Kinematohaptische Scheinbewegungen (KSB.) und Auffassungsumformung. Bericht über d. 6. Kongreß über experiment. Psychol., 1. Teil, S. 31—35. Schumann, Leipzig.

32. *Berliner*, *B.*, Der Einfluß von Klima, Wetter und Jahreszeit auf das Nerven- und Seelenleben, auf psychologischer Grundlage dargestellt. Wiesbaden 1914. 56 S.

33. *Berliner*, *Anna*, Subjektivität und Objektivität von Sinneseindrücken. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1/2, S. 68—119. 1914.

34. *Berze*, *Jos.*, Über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15, S. 182 u. Nr. 16, S. 194.

35. Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1913 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete. Ztschr. f. Psychol. Bd. 69, H. 5. u 6. 1914.

36. *Bickel*, *H.*, Über den Einfluß der Konstellation auf die sensorielle Wahlreaktion und auf die Resultate der Konstanzmethode. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 2, S. 565.

37. *Bickel*, *H.* (Bonn), Über die normale und pathologische Reaktion des Blutkreislaufs auf psychische Vorgänge. Neurolog. Ztlbl. Nr. 2, S. 90. (S. 32*.)

38. *Billings*, *M. Le Roy*, The duration of attention. Psychol. Review Bd. 21, H. 2, S. 121—135.

39. *Binswanger*, *L.*, Psychologische Tagesfragen innerhalb der klinischen Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol. Orig.-Bd. 26, H. 5, S. 574.

40. *Bjerre*, Das Wesen der Hypnose. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 6, H. 1, S. 33—42.



41. *Bleuler*, Die Notwendigkeit eines medizinisch-psychologischen Unterrichts. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 701.
42. *Bleuler*, *E.*, Die Ambivalenz. Festgabe d. med. Fakultät z. Einweihung d. Universität Zürich, 1914.
43. *Bleuler*, *E.*, Psychische Kausalität und Willensakt. Ztschr. f. Psychol. Bd. 69, H. 1/2, 1914, S. 30—72.
44. *Bode*, *B. H.*, Psychology as a science of behavior. Psychological Review Bd. 20, Nr. 1, S. 46—61.
45. *Boden*, Über historische und forensische Wahrheit und Wahrscheinlichkeit. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, H. 1 u. 2, S. 1—26.
46. *Boden*, Ein zivilprozessualischer Aussageversuch. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1/2, S. 257—280.
47. *Bourdon*, *B.*, Recherches sur la perception des mouvements rectilignes de tout le corps. L'année psychologique t. XX, 1914, S. 1—16.
48. *Bovet*, *Pierre*, Sur le jugement moral. L'Intermédiaire des Éducateurs, 2. Jahrg., Nr. 15, S. 67—70.
49. *Brahn*, *M.*, Psychoanalyse und Kind. Arch. f. Pädagogik. 1. Teil. Die pädagogische Praxis. 2. Jahrg., 3. H., S. 261—265.
50. *Brandenberger*, *Konrad*, Die Zahlauffassung beim Schulkinde. Beihefte z. Arch. f. Pädagogik H. 1, VIII u. 87 S.
51. *Otto Braun*, Die Freiheit des Willens. Jahrb. d. Philosophie, 2. Jahrgang, S. 49—80.
52. *Brigham*, *C. C.*, An experimental critique of the Binet-Simon scale. Journ. of Educational Psychology Bd. 5, H. 8, Seite 439—448.
53. *Brischar*, *Karl M.*, Das Genie. Leipzig, Max Spohr, 1914. 35 S.
54. *Brown*, *Warner*, Habit interference in sorting cards. University of California Publications in Psychology Bd. 1, Nr. 4, 1914, S. 269—321.
55. *Brown*, *Warner*, The judgement of very weak stimuli. University of California Publications in Psychology Bd. 1, Nr. 3, 1914, S. 199—268.
56. *Brücke*, *E. Th. van*, Über die Grundlagen und Methoden der Großhirnphysiologie und ihre Beziehungen zur Psychologie.

Sammlung anat. u. physiol. Vorträge u. Aufsätze. 24. H. Fischer, Jena.

57. *Bruhn*, Glossen über den denkenden Hund. Münch. med. Wschr. 61. Jahrg., H. 11, S. 607—608.

59. *Buchenau*, *Artur*, Die Entwicklung der Völkerpsychologie von Lazarus bis Wundt. Blätter für die Fortbildung des Lehrers. 7. Jahrg., H. 8, 1914, S. 308—314.

60. *Buchenau*, *A.*, Die logischen Grundlagen der Psychologie. Österr. Ztschr. f. Lehrerbildung 6. Jahrg., 1914, H. 1/2, S. 15—17.

61. *Bühler*, *Karl*, Zeitsinn und Raumsinn. Handwörterbuch d. Naturwissenschaften Bd. 10, S. 726—748. (S. 30*.)

62. *Byloff*, *Fr.*, Zur Psychologie der Brandstiftung. Groß' Arch. f. Kriminalanthropologie Bd. 59, S. 41—56.

63. *Cannon*, *W. B.*, Recent studies of bodily effects of fear, rage and pain. Journ. of Philosophy, Psychology and Scientific Methods. Bd. 11, S. 162—165.

64. *Cannon*, *W. B.*, The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 25, S. 256—282.

65. *Chmiel*, *E.*, Völkerpsychologie und Kinderpsychologie. Pharus 5. Jahrgang, H. 11, 1914, S. 345—356.

66. *Claparède*, *Ed.*, Tests de développement et tests d'aptitudes. Archives de Psychologie Bd. 14, S. 101—107.

67. *Cobb*, *Percy W.*, The effect an foveal vision of bright surroundings. Part II. Psychological Review Bd. 21, Nr. 1, S. 22—32.

68. *Coburn*, *Charles A.*, The behavior of the crow, Corvus Americanus, Aud. Journ. of Animal Behavior Bd. 4, H. 3, 1914. S. 185—201.

69. *Cohnheim*, *Otto*, Verdauung und Psyche. Deutsche Revue 39. Jahrgang, Bd. 3, Juli 1914, S. 48—55.

70. *Conrad*, *Otto*, Werden und Wesen der Religion vom Standpunkt der Völkerpsychologie. Die deutsche Schule 18. Jahrg., H. 3, S. 137—144.

71. *Courbon*, *P.*, La convoitise incestueuse dans la doctrine de Freud et les conduites du désir sexual. L'Encéphale Nr. 4.

72. *Craemer*, *Otto*, Zur Psychopathologie der religiösen Wahnbildung. Arch. f. Psyc. Bd. 53, H. 1, S. 275—301.



73. *Crenstaw*, *Hansell*, Dream interpretation. New York med. journ. Bd. 99, Nr. 15.

74. *Decroly*, *O.*, Epreuve nouvelle pour l'examen mental et son application aux enfants anormaux. L'année psychologique Bd. 20, 1914, S. 140—159.

75. *Decroly*, *O.*, et *I. Deschamps*, La notion de nombre chez les enfants. Revue de Pédotechnie 1. Jahrg., H. 1—3, S. 113—125.

76. *Deuchler*, *G.*, Über die Methoden der Korrelationsrechnung in der Pädagogik. Ztschr. f. pädagog. Psychol. u. experiment. Pädagogik 15. Jahrg., H. 2, S. 114—131, H. 3, S. 145—159 u. H. 4, S. 229—242.

77. *Dobre*, *Marie*, La conception du mensonge chez les écoliers. L'Intermédiaire des Éducateurs 2. Jahrg., H. 17, S. 101—107.

78. *Doflein*, *F.*, Der angebliche Farbensinn der Insekten. Die Naturwissenschaften 2. Jahrg., H. 29, S. 708—710.

79. *Doll*, *E. A.*, Children's ages. Training School Bulletin Bd. 11, H. 2, S. 27—31.

80. *Marcelle Doutchef-Dezeuze*, L'étude de l'image d'après les travaux de Pavlov. Revue philosophique Jahrg. 39, H. 3, S. 305—311.

81. *Drigalski*, *Wilhelm*, Das Entwicklungsalter und seine Gefahren. Ztschr. f. pädagog. Psychol. u. experiment. Pädagogik 15. Jahrgang, H. 1, S. 17—25.

82. *Dubois*, *Paul*, Einfluß des Geistes auf den Körper. Franke, Bern.

82a. *Dück*, *Johannes*. Anonymität und Sexualität. Sexualprobleme 10. Jahrg., H. 1, S. 10—11.

83. *Dürr*, *E.*, Die Lehre von der Aufmerksamkeit. 2. völlig umgearbeitete Auflage. Quelle u. Meyer, Leipzig. VIII u. 220 S. (S. 30*.)

83a. *Dunlap*, *Knight*, Les mouvements de l'œil et la simultanéité d'impressions disparates périodiques. Archives de Psychologie Bd. 14, S. 210—213.

84. *Ebbinghaus*, *H.* Abriß der Psychologie. Mit 18 Figuren. 5. Aufl. herausg. v. Dürr, Leipzig. 208 S. (S. 29*.)

85. *Edinger*, *L.*, Zur Methodik in der Tierpsychologie. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 1 u. 2, S. 101—124. (S. 30*.)

86. *Egenberger*, *R.*, Die reine Kinderleistung. Beiträge zur Kinderforschung u. Heilerziehung H. 86.



87. *Eisenmeier, Josef.* Die Psychologie und ihre zentrale Stellung in der Philosophie. Halle, Niemeyer. 111 S.

88. *Engelen*, Suggestionsfaktoren bei der Freudschen Psychoanalyse. D. med. Wschr. Nr. 19, S. 958.

89. *Eng*, *Helga*, Abstrakte Begriffe im Sprechen und Denken des Kindes. Beihefte z. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung H. 8.

89a. *Erdmann*, *Benno*, Psychologie des Eigensprechens. Sitzungsberichte d. Kgl. Preuß. Akad. d. Wiss., philos.-hist. Klasse 1914, I, S. 2—31. (S. **33***.)

90. *Ernst*, *Christian*, Kritische Untersuchungen über die psychischen Fähigkeiten der Ameisen. (Mit 6 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, H. 1 u. 2, S. 38—68.

91. *Eschle*, *F. C. R.*, Die Psychotherapie fakultativer Koordinatsstörungen. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 5, H. 6, S. 342—373.

92. *Eulenburg*, *A.*, Kinder- und Jugendselbstmorde. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten Bd. 10, H. 6, 34 S.

93. *Fanciulli*, *G.*, La vita affectiva dei bambini. Psiche Jahrg. 3, H. 1, S. 31—52.

94. *Federn*, *P.* Lust-Unlustprinzip und Realitätsprinzip. Internat. Zeitschr. f. ärztl. Psychoanalyse Bd. 2, S. 492.

95. *Fanciulli*, *G.*, La vita affectiva dei bambini. Psiche Jahrg. 3, H. 2, S. 201—220.

96. *Feilbach*, *W.*, Zur Untersuchung der Assoziationen bei Dementia paralytica. Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten Bd. 9, H. 2, S. 97—173.

97. *Feleky*, *Antoinette M.*, The expression of emotions. Psychological Review Bd. 21, Nr. 1, S. 33—41.

98. *Fernberger*, *Samuel W.*, A simplification of the practice of the method of constant stimuli. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 25, H. 1, S. 121—130.

99. *Ferrari*, *P.*, Alcune note di psicologia infantile araba in relazione al disegno nei fanciulli. Psiche 3. Jahrg. H. 1, S. 53—71.

100. *Finkenbinder*, *E. O.*, The remembrance of problems and of their solutions. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 25, S. 32—81.



101. *Fischer*, *A.*, Moralpsychologische Untersuchungsmethoden. Neue Bahnen 25. Jahrg., H. 6, S. 245—268.

102. *Fischer*, *A.* Die Psychologie der Handarbeit. Vortrag, gehalten auf der 23. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für Knabenhandarbeit und Werkunterricht. Leipzig, 3.—5. Juli 1914. „Die Arbeitsschule" 28. Jahrg., Nr. 8 u. 9, S. 256—271.

103. *Fischer*, *A.*, Über Nachahmung und Nachfolge. Arch. f. Religionspsychol. Bd. 1, S. 68—116.

104. *Fischer*, *A.*, Die Gesichtspunkte und Methoden der psychologischen Analyse der Schülerindividualitäten. Arch. f. Pädagogik, 2. Teil, 2. Jahrg., H. 3, S. 296—327, H. 4, S. 433—451; 3. Jahrgang, 1914, H. 1, S. 23—33.

105. *Fitt*, *Arthur B.*, Größenauffassung durch das Auge und den ruhenden Tastsinn. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1 u. 2, 1914, S. 420—455.

106. *Flournoy*, *Theodor*, Die Seherin von Genf. Experimentaluntersuchungen z. Religions-Unterbewußtseins- u. Sprachpsychol. H. 2, 556 S.

107. *Forniiggini-Santamaria*, *E.*, Metodi e resultati attuali della psicologia del fanciullo. Psiche Jahrg. 3, H. 1, S. 1—30.

108. *Faucault*, *M.*, Études sur l'exercice dans le travail mental spécialement dans le travail d'addition. L'année psychologique Bd. 20, 1914, S. 97—125.

109. *Fouilloux*, *A.*, La durée du sommeil des enfants et des adolescents. L'Intermédiaire des Éducateurs 2. Jahrg., Nr. 16, S. 83—87.

110. *Fox*, *Charles*, The conditions which arouse mental images in thought. British Journal of Psychol. Bd. 6, H. 3 u. 4, S. 420 bis 431.

111. *Franz*, *O.*, Die sogenannten denkenden Tiere. D. med. Wschr. Bd. 40, H. 24, S. 1224—1226.

112. *Freud*, *P.*, Die Traumdeutung. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 498 S. — 12 M. (S. 35*.)

113. *Frey*, *M. v.*, Beobachtungen an Hautflächen mit geschädigter Innervation. Ztschr. f. Biol. Bd. 63, H. 8, S. 335—376.

114. *Frey*, *M. v.*, Die Vergleichung von Gewichten mit Hilfe des Kraftsinnes. Ztschr. f. Biol. Bd. 65, 1915, S. 203—224.



115. *Frey, M. v.*, und *Goldman, Agnes*, Der zeitliche Verlauf der Einstellung bei den Druckempfindungen. Ztschr. f. Biol. Bd. 65, 1914, S. 183—202.

116. *Frey, M. v.*, Ein einfacher Versuch zum Nachweis des Kraftsinns. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 35—36. Schumann, Leipzig. (S. 30*.)

117. *Frey, M. v.*, Studien über den Kraftsinn. Ztschr. f. Biol. Bd. 63, H. 3 u. 4, S. 129—154. (S. 30*.)

118. *Frings, Gottfried*, Über den Einfluß der Komplexbildung auf die effektuelle und generative Hemmung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 30, S. 415—479.

119. *Fröhlich, W.*, Bewegungsformeln des Zentralnervensystems. Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten Bd. 9, H. 2, S. 174—175.

120. *Gallus, K.*, Negativistische Erscheinungen bei Geisteskranken und Gesunden. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 5, H. 6, S. 321—341.

121. *Gallinger, August*, Zur Grundlegung einer Lehre von der Erinnerung. 149 S. Niemeyer, Halle a. S. (S. 30*.)

122. *Gans, M. E.*, Zur Psychologie der Begriffsmetaphysik. 9. Jahresbericht d. Staatsrealschule u. Staatsreformgymnasiums im 8. Wiener Gemeindebezirk Albertgasse 18—22, Schuljahr 1913/14.

123. *Gault, R. H.*, Preventives of delinquency. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, S. 32—36.

124. *Geiger, Moritz*, Das Problem der ästhetischen Scheingefühle. Kongreß f. Ästhetik u. allgem. Kunstwiss. 1913, S. 191—196. Bericht. Stuttgart, Enke, 1914. 534 S.

125. *Gemelli, A.*, Il metodo degli equivalenti. Contributo allo studio dei processi di confronto. Con 80 tabelle, 10 figure e 5 tavole. Firenze. 344 S.

126. *Geyser, J.* Die Seele, ihr Verhältnis zum Bewußtsein und zum Leib. „Wissen u. Forschen" Bd. 6, VI u. 117 S.

127. *Giese, Fritz.* Das Ich als Komplex in der Psychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1/2, 1914, S. 120—165.

128. *Goddard, Henry H.,* The Binet measuring scale of intelligence



what it is and how it to be used. School Bulletin Bd. XI, Nr. 6, S. 86—91.

129. *Gramaussel, E.*, L'attention chez un petit enfant. L'année psychol. Bd. 20, 1914. S. 126—139.

130. *Groos, Karl*, Das anschauliche Vorstellen beim poetischen Gleichnis. Ztschr. f. Ästhetik u. allgem. Kunstwiss. Bd. 9, H. 2, S. 186—207.

131. *Groß, Karl*, Zur Psychologie des Mythos. Internat. Mtschr. f. Wiss., Kunst u. Technik Jahrg. 8, Nr. 10, S. 1243—1259.

132. *Grünbaum, Rose*, Die Siebzehnjährige. (Studie zur Psychologie der Jugendlichen.) Ztschr. f. Kinderpflege 9. Jahrg., H. 1, S. 3—6.

133. *Gutzmann, H.*, Über die Beziehungen der Gemütsbewegungen und Gefühle zu Störungen der Sprache. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. in Göttingen S. 259—304. 1914. (S. 34*.)

134. *Haberich, L.*, Das Wesen der Seele. Nach d. Untersuchung von Prof. J. Geyser. Pharus 6. Jahrg., 1915, H. 1, S. 8—25.

135. *Hacker, Friedrich*, Die Wirkung des Antikenotoxins auf den Menschen. Fortschritte der Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 2, H. 6, S. 321—339. (S. 32*.)

136. *Hacker, F.*, Ein Beitrag zum Studium der Regeneration von Hautnerven. Ztschr. f. Biol. 1914, Bd. 65, S. 67 u. 78.

137. *Hacker, Friedrich*, Empfindungsstörungen bei lokaler Narkose der Haut. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 43—44. Schumann, Leipzig.

138. *Hacker, F.*, Reversible Lähmungen von Hautnerven durch Säuren und Salze. Ztschr. f. Biol. 1914, Bd. 64, S. 224—239.

139. *Haenel, H.*, Neue Beobachtungen an den Elberfelder Pferden. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 8, H. 3 u. 4, S. 193—203.

140. *Hall, Stanley,* Die Begründer d. modernen Psychologie (Lotze, Fechner, Helmholtz, Wundt). In: „Wissen u. Forschen" Bd. 7, XXVIII u. 392 S. 1914.

141. *Hall, Stanley*, Wilhelm Wundt, der Begründer der modernen Psychologie. Aus „Wissen u. Forschen", XVII u. 178 S. 1914.

142. *Hahn, H. H.*, and *E. L. Thorndike*, Some results of practice in addition under school conditions. Journ. of Educational Psychology Bd. 5, Nr. 2, S. 65—84.



143. *Hahn*, Zum Begriff der Apperzeption in den Lehrbüchern der Psychologie der Gegenwart. Philosophisches Jahrbuch der Görresgesellschaft Bd. 27, H. 1, S. 41—46.

144. *Harter*, *G.*, Das Rätsel der denkenden Tiere. W. Braumüller, Wien-Leipzig.

145. *Heck*, *W. H.*, The efficiency of grammar-grade pupils inreasoning tests in arithmetic at different periods of the school day. Journ. of Educational Phsychology Bd. 5, Nr. 2, S. 92—95.

146. *Hedvall*, *Bertel*, Zur Kenntnis der Ermüdung und der Bedeutung der Übung für die Leistungsfähigkeit des Muskels. Skandinavisches Arch. f. Physiol. Bd. 32, 1914, S. 115—197.

147. *Hegener*, *I.*, Ein neues Laryngostroboskop, zugleich Universalbeleuchtungsapparat für die Beobachtung und Momentphotographie in Körperhöhlen mit engem Zugang. Vox Bd. 24, H. 1, S. 1—10.

148. *Heilbronner*, *K.*, Intelligenz -und Demenzprüfungen. Die Naturwissenschaften Jahrg. 2, H. 28, S. 679—684 u. S. 705—708.

149. *Heilbronner*, *Karl*, Selbstanklagen und pathologische Geständnisse. Münch. med. Wschr. 61. Jahrg., H. 7, S. 345—349.

150. Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie, herausg. von Alfr. Adler u. K. Furtmüller. München, E. Reinhardt. 309 S.

151. *Heine*, *Rosa*, Über Wiedererkennen und rückwirkende Hemmung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 68, H. 3/4, S. 161—236.

152. *Heller*, *Th.*, Pädagogische Therapie für praktische Ärzte. Enzyklopädie d. klin. Medizin 213 S. Springer, Berlin.

153. *Hellwig*, *A.*, Zur Psychologie kinematographischer Vorführungen. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 6, H. 2, S. 88 bis 120.

154. *Hellwig*, *A.*, Zur Psychologie der richterlichen Urteilsfindung. Der Gerichtssaal Bd. 82, S. 403—462.

155. *Henning*, *Hans*, Doppelassoziation und Tatbestandsermittlung. Groß' Arch. f. Kriminal-Anthropol. Bd. 59, 1914, S. 75—84.

156. *Henning*, *H.*, Doppelassoziationen und Tatbestandsermittlung. H. Groß' Arch. Bd. 59, H. 1 u. 2.

157. *Henning*, *H.*, Der Traum ein assoziativer Kurzschluß. Wiesbaden, Bergmann. 66 S.



158. *Henmon, V. A. C.*, and *Wells, F. L.*, Concerning individual differences in reaction times. The psycholog. Review Bd. 21, Nr. 2, S. 153.

159. *Heß, C. v.*, Neue Untersuchungen über die Sehqualitäten der Bienen. Die Naturwissenschaften 2. Jahrg., H. 34/35, S. 836 bis 838.

160. *Heß, C.*, Neue Versuche über Lichtreaktionen bei Tieren und Pflanzen. Münch. med. Wschr. 61. Jahrg., H. 27, S. 1489 bis 1492.

161. *Heß, C.*, Untersuchungen zur Physiologie des Gesichtssinnes der Fische. Ztschr. f. Biol. Bd. 63, H. 6/7, S. 245—274.

162. *Henrotin, E.*, Contribution à l'étude de l'attention visuelle chez les enfants. Revue de Pédotechnie 1. Jahrg., H. 2/3, S. 67—81.

163. *Heveroch, A.*, Woher stammt unser Seins-Bewußtsein? Wie werden wir uns des Seins bewußt? Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. 53, H. 2, S. 593—648.

164. *Heymans, G.* (in Verbindung mit *W. Stern* und *O. Lipmann*), Dfe experimentelle Feststellung individuell-psychischer Eigenschaften. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. S. 44—45. Schumann, Leipzig.

165. *Hilger*, K., Über Suggestion. Beeinträchtigt die Suggestion die Freiheit des Urteils und des Willens? Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 6, H. 2, S. 65—75.

166. *Hill, D. S.*, Minor studies in learning and relearning. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, H. 7, S. 375—386.

167. *Hinkley, A. G.*, The Binet tests applied to individuals over twelve years of age. Journal of Educational Psychology Bd. 6, Nr. 1, 1915, S. 43—58.

168. *Hirschfeld, Magnus*, Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. 3. Bd. d. Handbücher d. ges. Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen. Marcus, Berlin. XVII u. 1067 S.

169. *Hirschlaff, L.*, Suggestion und Erziehung. 2. H. d. zwanglosen Abhandlungen aus den Grenzgebieten der Pädagogik und Medizin. Springer, Berlin.

170. *Hirt, Eduard*, Untersuchungen über das Schreiben und die Schrift. Psychol. Arbeiten, herausg. v. Kraepelin Bd. 6, H. 6, S. 531 bis 664. (S. 34*.)



171. *Hirt*, *Eduard*, Wandlungen und Gegensätze in der Lehre von den nervösen und psychotischen Zuständen. Würzburger Abhandlung aus d. Gesamtgebiet d. prakt. Medizin Bd. 14, H. 3 u. 4, S. 67—125.

172. *Hoffmann*, *H.*, Zum Problem der Aufmerksamkeit. I: Pharus, 5. Jahrg., S. 307—322 u. S. 402—415.

173. *Holle*, *H. C.*, Gehirn und Seele. Die Naturwissenschaften 2. Jahrg., H. 12, S. 295—298.

174. *Hollingworth*, *H. L.*, Experimental studies injudgement. Archiv of Psychology Nr. 29, Dez. 1913. Columbia Contributions to Philosophy and Psychology Bd. 22, Nr. 3.

175. *Hollingworth*, *H. L.*, Individual differences before during and after practice. Psychological Review Bd. 21, Nr. 1, S. 1—8.

176. *Horstmann*, *Wilhelm*, Zur Psychologie konträrer Strebungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 1—2, S. 175—199.

177. *Horwitz*, *K.*, Merkfähigkeit bei Hysterie u. Psychopathie. Kraepelins psychol. Arbeiten Bd. 6, H. 4, S. 665—749. (S. 30*.)

178. *Hurwicz*, *E.*, Der psychophysische Parallelismus und die Assoziation verwandter Gefühle. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 33, S. 213—220.

179. *Hurwicz*, *E.*, Die intellektuellen Verbrechensmotive. Groß' Arch. f. Kriminal-Anthropol. Bd. 60, 1914, S. 104—114.

180. *Hurwicz*, *E.*, Zum Problem der Individualität. Groß' Arch. f. Kriminal-Anthropol. Bd. 60, S. 114—119.

181. *Huther*, *A.*, Der Begriff des Interesses in psychologischer Ableitung. Ztschr. f. pädagog. Psychol. u. experiment. Pädagogik 15. Jahrg., H. 5, S. 280—282.

182. *Hylla*, *Erich*, Welche Vorsichtsmaßregeln sind bei der Ausführung einer Binetprüfung zu beachten? Blätter für die Fortbildung des Lehrers 7. Jahrg., H. 16/17, S. 602—615.

183. *Janet*, *P.*, La psychoanalyse. Journ. de psychol. norm. et pathol. Nr. 1, S. 97.

184. *Isserlin*, *M.*, Bemerkungen zu der Abhandlung von K. Horwitz (Merkfähigkeit bei Hysterie und Psychopathie). Kraepelins psycholog. Arbeiten Bd. 6, H. 4, S. 750—755. (S. 31*.)

185. *Jaensch*, *E. R.*, Über Grundfragen der Farbenpsychologie. Bericht



über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 45—56. Schumann, Leipzig.

186. *Jaensch, E. K.*, Untersuchungen zur Tonpsychologie. (Mit 2 Figuren.) Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil, S. 79—86. Schumann, Leipzig.

187. *Johnson, H. M.*, A slit-mechanism for selecting three measurable monochromatic bands. Psychological Review Bd. 21, Nr. 1, S. 42—45.

188. *Kafka, G.*, Notiz über einen im Traum angestellten Versuch, den Traum selbst zu analysieren. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 8, H. 3 u. 4, S. 310 f.

189. *Kahane, Heinr.*, Psychoanalyse für Mediziner. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 377 S.

190. *Kahane, H.*, Grundzüge der Psychologie für Mediziner. Wiesbaden, Bergmann. 380 S.

191. *Kalischer, O.*, Über neuere Ergebnisse der Dressurmethode bei Hunden und Affen. Berliner klin. Wschr. 51. Jahrg., H. 36, S. 763—764.

192. *Kammel, Willibald*, Der diagnostische Wert von Ermüdungsmessungen. Heilpädagog. Schul- u. Elternztg. Bd. 5, Nr. 9, 1914, S. 149—153.

193. *Kammel, Willibald*, Eine neue Methode zur Bestimmung der Ermüdbarkeit und Demonstration eines neuen Gewichtsdoppelästhesiometers. 7. Jahrb. d. Vereins f. christl. Erziehungswissenschaft 1914, S. 144—175.

194. *Kaplan, Leo*, Grundzüge der Psychoanalyse. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 306 S. — 6 M.

195. *Katz, D.*, Über einige Versuche im Anschluß an die Tonwortmethode von Karl Eitz. Bericht über d. 6. Kongreß f. experimentelle Psychol. 1. Teil, S. 86—87. Schumann, Leipzig.

196. *Kemnitz, M. v.*, Moderne Mediumforschung. (Mit 2 Tafeln.) I. F. Lehmann, München. 96 S.

197. *Kern, B. v.*, Die Willensfreiheit. Berlin. 75 S.

198. *Kirkpatrick, E. A.*, An experiment in memorizing versus incidental learning. Journ. of Educational Psychology Bd. 5, H. 7, S. 405—412.



199. *Kleinpeter*, *H.*, Vorträge zur Einführung in die Psychologie. (Mit 87 Abbild.) VI u. 435 S. 1914. Leipzig, J. A. Barth.

200. *Klemm*, *O.*, Über die Lokalisation von Schallreizen. Bericht über den 6. Kongreß f. experimentelle Psychol. in Göttingen S. 169 bis 258. 1914.

201. *Klieneberger*, *O.*, Über denkende Tiere, Hellsehen und Materialisationsphänomene. Deutsche med. Wschr. Nr. 15—17, S. 811 bis 813 u. S. 862—863.

202. *Klinkenberg*, *L. M.*, Ableitung von Geschlechtsunterschieden aus Zensurenstatistiken. H. 3 u. 4, S. 228—266.

203. *Kobler*, *Franz*, Ein rechtspsychologisches Experiment. Ztschr. f. angewandte Psychol. Bd. 8, H. 3/4, S. 317—325.

204. *Köllner*, Die Übergänge zwischen Farbenblindheit und normalem Farbensinn. Sitzungsberichte d. Physikalisch-Med. Ges. zu Würzburg 1914, Nr. 1, S. 1—2, Sitzung v. 18. Dez. 1913.

205. *Koffka*, *K.*, Psychologie der Wahrnehmung. Die Geisteswissenschaften 1. Jahrg., 1914, H. 26, S. 711—716; H. 29, S. 796—800.

206. *Kohs*, *Samuel C.*, The Binet test and the training of teachers. Training School Bulletin Bd. 10, Nr. 9, S. 113—117.

207. *Kollarits*, *J.*, Zur Schätzung der verflossenen Zeit und über ihre Rolle bei der Aufnahme von Krankengeschichten. Wiener klin. Wschr. 28, 1915, Nr. 1.

208. *Kosog*, *O.*, Aussage und Wirklichkeit im Schulalter. Blätter für die Schulpraxis 25. Jahrg., II, 1914, S. 33—43; III, 1914, S. 76—85.

209. *Kramář* jun., *Udabrich*, Neue Grundlagen zur Psychologie des Denkens. (Eine psychologische Untersuchung.) 127 S. 1914.

210. *Kreibig*, *Joseph Klemens*, Beiträge zur Psychologie und Logik der Frage. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 33, 1914, S. 1—64.

211. *Kronfeld*, *Artur*, Das Erleben in einem Fall von katatoner Erregung. Mit Bemerkungen zum psychopathologischen Mechanismus von Wahnbildungen. Mtschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 3, S. 275—306.

212. *Kries*, *J. v.*, Über die Bedeutung des Aufmerksamkeitssprunges für den Zeitsinn. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkd. Bd. 47 u. 48, 1913, S. 352—370.



213. *Kühn*, *Alexander*, Über Einprägung durch Lesen und durch Rezitieren. Ztschr. f. Psychol. Bd. 68, H. 5 u. 6, S. 396—481.

214. *Kühnapfel*, *Bruno*, Die geistige Arbeit des Kindes nach der experimentellen Psychologie. Ztschr. f. christl. Erziehungswissenschaft 8. Jahrg., 1914, H. 1, S. 3—14.

215. *Külpe*, *O.*, Über die Methoden der psychologischen Forschung. Internat. Mtschr. f. Wiss., Kunst u. Technik 8. Jahrg, Nr. 10, Juli 1914. (S. 30*.)

216. *Kuhlmann*, *Helene J. C.*, The father complex. The American journ. of insan. vol. 70, nr. 4, p. 905.

217. *Lahy*, *T. M.*, Les signes objectifs de la fatigue dans les professions qui n'exigent pas d'efforts musculaires. Comptes rendus des Séances de l'Académie des Sciences, Séance du 9. mars 1914, Bd. 158, S. 727.

218. *Langenbruch*, *W.*, Die Graphometrie. Groß' Arch. f. Kriminal-Anthropologie Bd. 56, S. 336—358.

219. *Langfeld*, *H. S.*, Text-books and general treatisse. Psychological Bulletin Bd. 11, Nr. 1, S. 12—18.

220. *Lay*, *W. A.*, Entwicklung der Zahlvorstellungen eines Kindes bis zu seinem Schuleintritt. Arch. f. Pädagogik II. Teil, 2. Jahrg., H. 4, S. 408—417.

221. *Lazar*, *Erwin*, und *Peters*, *W.*, Rechenbegabung und Rechendefekt bei abnormen Kindern. Fortschritte d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 3, S. 167—184. (Februar 27.)

222. *Lehmann*, *A.*, Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens. 421 S. Reisland, Leipzig. (S. 34*).

223. *Leschke*, *Erich*, Die Ergebnisse und die Fehlerquellen der bisherigen Untersuchungen über die körperlichen Erscheinungen seelischer Vorgänge. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, H. 1 u. 2, S. 27—37. (S. 34*.)

224. *Lehmensick*, *F.*, Psychol. Beobachtungen an Kindern des 4. Schuljahres. Aktuelle Fragen aus d. Pädagogik d. Gegenwart Bd. 2, 1914, S. 97—105.

225. *Ley*, *A.*, et *Menzerath*, *P.*, Le témoignage des normaux et des aliénés. L'enfance anormale. Nouvelle série no. 25, janvier 1914, p. 3—13.



226. *Liebenberg*, *Richard*, Über das Schätzen von Mengen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 68, H. 5/6, S. 321—395.

227. *Liebermann*, *P. v.*, und *Révész*, *Géza,* Die binaurale Tonmischung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 69, H. 3/4, S. 234—255.

228. *Lindtner*, *Rudolf*, Moralpsychologische Auswertung freier Kinderzeichnungen von taubstummen Schülern. Ztschr. f. pädagog. Psychol. u. experiment. Pädag. 15. Jahrg., H. 3, S. 160—177.

229. *Lindworsky*, *Joh.*, Religionspsychologische Arbeiten katholischer Autoren. (Sammelreferat.) Arch. f. Religionspsychol. Bd. 1, S. 228—256.

230. *Lipps*, *G. F.*, Grundriß der Psychophysik. (Mit 3 Figuren.) In Sammlung Göschen Nr. 98, 156 S. (S. 30*.)

231. *Lipska-Librach*, *Marie*, Sur les rapports entre l'acuité sensorielle et l'intelligence. Revue psychol. 1. Teil, Bd. 6, H. 3; 2. Teil, Bd. 6, H. 4.

232. *Lobedank*, *K.*, Das Wesen des menschlichen Geisteslebens und das Problem der Strafe. Jur.-psych. Grenzfragen Bd. 10, H. 1 u. 2. Halle a. S., C. Marhold. 89 S.

233. *Lobsien*, *M.*, Die Wirkung des Antikenotoxin auf den Menschen. Arch. f. Pädag. II. Teil, 2. Jahrg., H. 4, S. 429—433.

234. *Lobsien*, *Marx*, Die experimentelle Ermüdungsforschung. Beiträge z. Kinderforschung und Heilerziehung H. 108, VIII u. 160 S.

235. *Lorand*, *A.*, Die menschliche Intelligenz und ihre Steigerung. Leipzig, Klinkhardt. — 4 M.

236. *Loy*, *R.*, Psychotherapeutische Zeitfragen. Ein Briefwechsel mit C. G. Jung. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 51 S. — 1,20 M.

237. *Lüdtke*, Franz, Die Seele in der heutigen Psychologie. Allg. deutsche Lehrerztg. 66. Jahrg., Nr. 2, S. 13—16.

Lyman-Wells, *F.*, siehe *Wells*.

238. *Lyon*, *D. O.*, The relation of length of material to time taken for learning and the optimum distribution of time. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, S. 1—9, 85—91, 155—163.

239. *Mc Dougall* (Oxford), The sources and direction of psychophysical energy. The Americ. journ. of insan. vol. 69, nr. 5, p. 861.

240. *Macnaughton-Jones*, *H.*, Ambidexterity and mental culture. London, W. Heinemann. 102 S., 15 Abb., 1 Taf.





241. *Máday*, *Stefan v.*, Begriffsbildung und Denken beim Menschen und beim Pferde. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 32, H. 3 u. 4, S. 472—490.

242. *Máday*, *St. v.*, Die Fähigkeit des Rechnens beim Menschen und beim Tiere. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 8, H. 3 u. 4, S. 204—227.

243. *Maeder*, *A.*, Über das Traumproblem. Leipzig u. Wien. 40 S. — 1,25 M.

244. *Maier*, *Heinrich*, Psychologie und Philosophie. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. S. 93—99. Schumann, Leipzig.

245. *Mangold*, *Ernst*, Hypnose und Katalepsie bei Tieren im Vergleich zur menschlichen Hypnose. (Mit 18 Abbild.) Fischer, Jena. 82 S.

246. *Marbe*, *K.*, Zur Psychologie des Denkens. Fortschritte d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 3, H. 1, S. 1—42.

247. *Marcinowski*, *I.*, Glossen zur Psychoanalyse. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 6, H. 1, S. 1.

248. *Marcuse*, *H.*, Psychiatrische Erregungen und Hemmungen vom Standpunkt der Jodlschen Psychologie. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 1, S. 262.

249. *Mayer*, *Heinrich*, Kinderideale. Kösel, Kempten-München. 155 S.

250. *Menzerath*, *Paul*, Fehler des Alltags. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig. S. 56—57.

251. *Menzerath*, *Paul*, Mnemometer. Ztschr. f. biol. Technik u. Methodik Bd. 3, H. 6, S. 305—311.

252. *Menzerath*, *Paul*, Sur les aptitudes littéraires des filles et des garçons. Archives Sociologiques, Bulletin Nr. 31, S. 369—371.

253. *Menzerath*, *Paul*, Wahlreaktionstaster. Ztschr. f. biol. Technik u. Methodik Bd. 3, H. 6, S. 300—311.

254. *Menzerath*, *Paul*, Zum psychogalvanischen Reflex. Tierseele 2. Jahrg., H. 1.

255. *Messer*, *A*, Psychologie. XII u. 395 S. Stuttgart u. Berlin. (S. 29*.)

255a. *Messer*, *August*, Die Bedeutung der Psychologie für Pädagogik. Jahrb. d. Philos. 2. Jahrg., S. 183—218. (S. 30*.)





256. *Messer, August*, Husserls Phänomenologie in ihrem Verhältnis zur Psychologie. (2. Aufsatz.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1/2, S. 52—67, 1914.

257. *Meumann, E.*, Abriß der experimentellen Pädagogik. (Mit 12 Fig. im Text.) Engelmann, Leipzig u. Berlin. VII u. 462 S.

258. *Meyer, Max*, Vorschläge zur akustischen Terminologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 68, H. 1 u. 2, S. 115—119.

259. *Michotte, A.*, et *F. Fransen*, Note sur l'analyse des facteurs de mémorisation et sur l'inhibition associative. Ann. de l'Institut Supérieur de Philosophie. Louvain. Bd. 3, S. 367—414.

260. *Möde, W.*, Chorlernen und Einzellernen. Arch. f. Pädag. II. Teil, 2. Jahrg., H. 4, S. 383—399.

261. *Möde, W.*, Psychophysik der Arbeit. Arch. f. Pädagogik. 2. Teil. Die pädag. Forschung. 2. Jahrg., H. 2, S. 189—209, 1914.

262. *Mohr, R.*, Zur Kenntnis der Beeinflussung vegetativer Zentren durch die Hypnose. Münch. med. Wschr. 61. Jahrg., Nr. 40. S. 2030—2032.

263. *Moll, Albert*, Sexualität und Charakter. Ztschr. f. Sexualwiss. u. Sexualpolitik 10. Jahrg., H. 1, S. 1—9, H. 2, S. 97—114, H. 3, S. 176—191.

264. *Mothes, R.*, Zur Psychologie der bewußt unwahren Zeugenaussage. Groß' Arch. f. Kriminalanthropologie Bd. 56, S. 242—246.

265. *Müller, Alois*, Grundsätzliches zum psychologischen Experiment. Pharus 5. Jahrg., H. 1, S. 14—36.

266. *Müller, Fr. v.*, Spekulation und Mystik in der Heilkunde. Ein Überblick über die leitenden Ideen der Medizin im letzten Jahrhundert. Verfaßt beim Antritt des Rektorats der Ludwig-Maximilians-Universität. München, J. Lindauersche Univers.-Buchhandl. — 1,60 M.

267. *Müller-Freienfels, R.* (Berlin-Halensee), Über Illusionen und andere pathologische Formen der Wahrnehmung. Ztschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol. Bd. 6, H. 1, S. 14.

268. *Müller-Freienfels, R.*, Zur Begriffsbestimmung und Analyse der Gefühle. Ztschr. f. Psychol. Bd. 68, H. 3/4, S. 237—280.

269. *Münzer, A.*, Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berliner klin. Wschr. 51. Jahrg., H. 10, S. 448—449.



270. *Mourgue, R.*, La psychologie scientifique et les Oeuvres litteraires. Ann. méd.-psychol. 72e ann., no. 5, p. 513.

271. *Myers, G. C.*, Recall in relation to retention. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, H. 3, S. 119—130.

272. *Nayrac, P.*, Physiologie et psychologie de l'attention. F. Alcan, Paris 1914. 238 S.

273. *Neumanitsch, Günther*, Schuldgedanke und Zweckmaxime. Groß' Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 60, 1914, S. 141—205.

274. *Neuer, Alexander*, Ist Individualpsychologie als Wissenschaft möglich? Ztschr. f. Individualpsychol. Bd. 1, H. 1, S. 3—8.

275. *Ostermann, W.*, Psychologie. 1. Teil des Lehrbuchs der Pädagogik von Ostermann und Wegener. VIII u. 324 S.

276. *Pancoscelli-Calzia, G.*, Einführung in die angewandte Phonetik. (Mit 118 Abbild. im Text u. 3 Lichtdrucktaf.) H. Kronfeld-Berlin. 131 S. (S. 35*.)

277. *Patrick, G. T. W.*, The psychology of relaxation. Popular Science Monthley Bd. 84, Nr. 6, S. 594—604.

278. *Pauli, Richard*, Über eine Methode zur Untersuchung und Demonstration der Enge des Bewußtseins sowie zur Messung der Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung. Münch. Studien zur Psychol. u. Philos. 1. H., VIII u. 36 S.

279. *Pear, T. H.*, The analysis of some personal dreams with reference to Freud's theory of dream interpretation. British Journ. of Psychol. Bd. 6, H. 3 u. 4, S. 281—303.

280. *Pear, T. H.*, and *Wyatt, Stanley*, The testimony of normal and mentally defective children. British Journ. of Psychol. Bd. 6, H. 3 u. 4, S. 387—419.

281. *Peter, Rudolf*, Beiträge zur Analyse der zeichnerischen Begabung. Ztschr. f. Pädag., Psychol. u. experiment. Pädag. 15. Jahrg., H. 2, S. 96—104.

282. *Peters*, Beeinflussung der Schulleistungen unserer Volksschulkinder durch körperliche Störungen. Med. Klin. 10. Jahrg., H. 6, S. 237—240.

283. *Peters, W.*, u. *Něměnček, O.*, Massenversuche über Erinnerungsassoziationen. Fortschr. d. Psychol. u. ihre Anwendungen Bd. 2, H. 4, S. 226. (S. 31*.)



284. *Peterson*, *H. A.*, The generalizing ability of children. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, Nr. 10, S. 561—570.

285. *Pick*, *A.*, Einige Bemerkungen zu der Arbeit von W. Peters und O. Němĕcek. Fortschritte d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 2, H. 6, S. 370—371.

286. *Pick*, *A.*, Aus dem Grenzgebiet zwischen Psychologie und Psychiatrie. Fortschritte d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 2, H. 4, S. 191.

287. *Pick*, *A.*, Die Psychologie des Erklärungswahns, dargelegt an residuären Orientierungsstörungen. Mtschrf. f. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 3, S. 209—216.

288. *Pick*, *A.*, Perseveration und andere Mechanismen als Ursache agrammatischer Erscheinungen nebst Bemerkungen über die Beziehungen des „Verschreibens“ zum „Versprechen“. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 5, S. 407.

289. *Pieron*, *Henri*, Recherches sur les lois de variation des temps de latence sensorielle en fonction des intensités excitatrices. L'année psychol. Bd. 20, S. 17—96.

290. *Pikler*, *Julius*, Empfindung und Vergleich. II. Ztschr. f. Psychol. Bd. 69, H. 1 u. 2, S. 1—29.

291. *Poffenberger*, *A. T. Jr.*, The effects of strychnine on mental and motor efficiency. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 25, S. 82 bis 120.

292. *Ponzo*, *M.*, Demonstration einer Einrichtung für die Analyse von Erkennungs- und Benennungszeiten. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig. S. 58.

293. *Ponzo*, *M.*, Étude de la localisation des sensations thermiques de chaud et de froid. Archives italiennes de Biologie Bd. 60, S. 218—231; Rivista di Psicologia anno IX, H. 5.

294. *Ponzo*, *M.*, Sui processi di riconoscimento e di denominazione di oggetti e de figure in adulti ed in allievi delle scuole elementari. Rivista di Psicologia anno X, Nr. 1, S. 15—37, Nr. 2, S. 113 bis 135.

295. *Poppelreuter*, *Walter*, Bemerkungen zu dem Aufsatz von G. Frings „Über den Einfluß der Komplexbildung auf die effektuelle und generative Hemmung“. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 3 u. 4, S. 491—492.

296. *Poppelreuter*, *W.*, Untersuchungen über „Reaktive". Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig. S. 58—60.

297. *Prandtl*, *A.*, Über die Auffassung geometrischer Elemente in Bildern. Fortschritte d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 2, H. 5, S. 255—301.

298. *Prince*, *Morton*, The unconscious. The fundamentals of human personality normal and abnormal. New York 1914, Macmillan Co. 549 S.

299. *Pütter*, *A.*, Der angebliche Farbensinn der Insekten. Die Naturwissenschaften 2. Jahrg., S. 363—364.

300. *Rignano*, *Eugenio*, Die Entwicklung des Räsonnements. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1 u. 2, 1914, S. 1—51.

301. *Pütter*, *A.*, Die Anfänge der Sinnestätigkeit bei Protozoen. „Die Umschau" 18. Jahrg., H. 5, S. 87—94.

302. *Queteleter*, *Ad.*, Soziale Physik oder Abhandlung über die Entwicklung der Fähigkeiten des Menschen. Sammlung sozialwissenschaftlicher Meister 19. Bd., XXVI u. 529 S. 1914.

303. *Räther*, Die Ziffern. Pädag. Warte 21. Jahrg., H. 19, 1. X. 14, S. 1070 f.

304. *Ranschburg*, *Paul* (Budapest), Psychologische Methoden zur Erforschung des Verlaufs der nervösen Erregungen unter normalen und pathologischen Bedingungen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 42, S. 509.

305. *Rappawi*, *Jos.*, Geistesleben der Blinden. Psychologische Studien. Eos Jahrg. 10, H. 4, S. 246.

306. *Rath*, *Carl*, Über die Vererbung von Dispositionen zum Verbrechen. Münchener Studien z. Psychol. u. Philos. 2. H., 102 S.

307. *Régis*, *E.*, et *Hesnard*, *A.*, La psychoanalyse des névroses et psychoses. Paris, Felix Alcan. 314 S.

308. *Reichardt*, *K.*, Über den Vergleich erinnerter Objekte, insbesondere hinsichtlich ihrer Größe. Ztschr. f. Psychol. Bd. 70, H. 1/2, S. 1—100. (S. 31*.)

309. *Renterghem*, *A. W.*, Freud et son école. Nouveaux essais psychologiques. Journ. de neurol. Nr. 2, S. 21.

310. *Révész*, *Géza*, Über musikalische Begabung. Bericht über d.



6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig. S. 88—90.

311. *Roels, F.*, La recherche du mot de reaction dans les expériences d'associations. Ann. de l'Inst. Sup. de Philos. Bd. 3, Louvain. S. 553—573.

312. *Römer, Fritz*, Assoziationsversuche an geistig zurückgebliebenen Kindern. Fortschr. d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. 3, H. 2, S. 43—101. (S. 32*.)

313. *Rohde, Max*, Zur Frage der Gedächtnisausfälle bei Paralytikern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 1, S. 96—112.

314. *Rubin, E.*, Die visuelle Wahrnehmung von Figuren. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig. S. 60—62.

315. *Rülf, J.*, Das Halluzinationsproblem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 24, S. 183—293.

316. *Rütgers-Marshall, Henry*, Physic function and psychic structure. Mind Bd. 23, S. 180—193.

317. *Rüttman, W. J.*, Die Hauptergebnisse der modernen Psychologie mit besonderer Berücksichtigung der Individualforschung. Wunderlich, Leipzig. VIII u. 392 S. (S. 29.*)

318. *Rutz, Ottmar*, Über die Typenlehre Rutz'. Pharus 5. Jahrg., H. 7, S. 42—59.

319. *Samberger, Fr.*, Über das Juckgefühl. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 24, S. 313—340.

320. *Sanctis, S. de*, L'interpretazione dei sogni. Rivista di Psicologia 10. Jahrg., S. 358—375.

321. *Sarlo, E. D.*, La crisi della psicologia. Psiche Jahrg. 3, H. 1, S. 104—120.

322. *Scheer*, Die Zeugenaussage und die Vorstellungstypen der Kinder. Pädagogisches Magazin H. 562.

323. *Scheinermann, M.*, Das unmittelbare Behalten im unermüdeten und ermüdeten Zustande unter besonderer Berücksichtigung der Aufmerksamkeitsprozesse. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 33, H. 1/2. S. 1—134.

324. *Schilder, P.*, Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein. Berlin, J. Springer. 298 S.

325. *Schmidt, G.*, Von der Sprache der hamburgischen Volksschüler

und ihrer Erforschung. Pädagogische Reform, Hamburg, 38. Jahrg., Nr. 13, S. 175—178.

326. *Schneickert*, *H.*, Über Handschriftenmessung. Groß' Arch. f. Kriminalanthropologie Bd. 60, S. 49—66.

327. *Schneider*, *Gg.*, Ziffern und Zahlen: Pädag. Warte 21. Jahrg., H. 14, 15. VII., S. 830—837.

328. *Schoeneberger*, *H.*, Das Intelligenzproblem, differentielle Psychologie, Testmethoden. Pharus 5. Jahrg., H. 2, S. 111—134.

329. *Schrenk*, *Johannes*, Über das Verständnis für bildliche Darstellung bei Schulkindern. Wissenschaftl. Beitr. z. Pädag. u. Psychol. 5. H., 214 S.

330. *Schröbles*, *Erich*, Die Entwicklung der Auffassungskategorien beim Schulkinde. Sammlung von Abhandl. zur psychol. Pädag. aus d. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 4, H. 1.

331. *Schröbler*, *Erich*, Die individualpsychologische Grundlegung der Pädagogik und die Prinzipien der wissenschaftlichen Begabungslehre. Deutsche Schule 18. Jahrg., H. 4, S. 217—226.

332. *Schrott*, *Paul v.*, Die stroboskopischen Täuschungen und die Kinematographie. Vorträge des Vereins z. Verbreitung naturwissenschaftl. Kenntnisse. Wien. 25 S.

333. *Schüßler*, *H.*, Die Korrelation zwischen Rechnen und Singen. Arch. f. Pädag. 2. Teil, 2. Jahrg., H. 2, S. 153—163.

334. *Schulhof*, *Fr.*, Die Intelligenz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 22, H. 1, S. 106.

335. *Schultz*, *Hugo*, Einfluß von Santonin und Digitalis auf die Farbenempfindlichkeit des menschlichen Auges. Deutsche med. Wschr. Bd. 40, H. 20, S. 996—998.

336. *Schultz*, *Julius*, Was lernen wir aus einer Analyse der Paranoia für die Psychologie des normalen Denkens? Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, H. 1/2, S. 69—131.

337. *Schumann*, *F.*, Zum Problem der scheinbaren Größe. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann Leipzig. S. 63—66.

338. *Schwirtz*, *Peter*, Das Müller-Lyersche Paradoxon in der Hypnose. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 3 u. 4, S. 339—396.

339. *Lelesz*, *Hélène*, L'orientation d'esprit dans le témoignage. Archives de Psychol. Bd. 14, Nr. 54, S. 113—157.



340. *Seyfert*, *Richard*, Psychologische Technik. Pädagog.-psychol. Studien, Beilage z. Deutschen Schulpraxis, 15. Jahrg., Nr. 3/4, S. 9—12, Nr. 5/6, S. 20—23.

341. *Sidis*, *Boris*, The foundations of normal and abnormal psychology. Boston, Richard Badger. VII u. 416 S.

342. *Smith*, *Frank*, An experimental investigation of perception. British Journ. of Psychol. Bd. 6, H. 3 u. 4, S. 321—362.

343. *Spaier*, *A.*, L'image mentale d'après les expériences d'introspection. Revue philosophique Jahrg. 39, H. 3, S. 283—304.

344. *Spearmann*, *C.*, Die Theorie von zwei Faktoren. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig. S. 66—69.

345. *Specht*, *W.*, Zur Phänomenologie und Morphologie der pathologischen Wahrnehmungstäuschungen. Ztschr. f. Pathopsychol. S. 481.

346. *Springer*, Ideational types in arithmetic. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, H. 7, S. 418—422.

347. *Stählin*, *W.*, Experimentelle Untersuchungen über Sprachpsychologie und Religionspsychologie. Arch. f. Religionspsychol. Bd. 1, S. 117—194.

348. *Stählin*, *W.*, Zur Psychologie und Statistik der Metaphern. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, H. 3 u. 4, S. 297—425.

349. *Starch*, *D.*, The measurement of efficiency in reading. Journ. of Educational Psychology Bd. 6, Nr. 1, 1915, S. 1—24.

350. *Steckel*, *W.*, Fortschritte in der Traumdeutung. (Kritisches, Polemisches und Neues.) Zentralbl. f. Psychoanal. u. Psychotherapie Bd. 4, S. 550.

351. *Stelzner*, *Helenefriederike*, Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 60—130.

352. *Stern*, *W.*, Psychologie der frühen Kindheit bis zum 6. Lebensjahre. Quelle u. Meyer, Leipzig. XII u. 372 S. (S. 35*.)

353. *Sternberg*, *W.*, Die Physiologie des Geschmacks. Würzburg. 65 S.

354. *Stransky*, *E.*, Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. Vogel, Leipzig. 257 S.

355. *Strich*, *Walter*. Prinzipien der psychologischen Erkenntnis. Winter, Heidelberg.



356. *Struycken-Breda, H.*, Beitrag zur Analyse von Klangkurven. Vox Bd. 24, H. 4, S. 169—179.

357. *Stumpf, C.*, Über neuere Untersuchungen zur Tonlehre. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. S. 305—348. (S. 30*.)

358. *Suter, Julius*, Zur Theorie der Aufmerksamkeit. Gebr. Seemann, Zürich u. Leipzig. 116 S.

359. *Switalski, B. W.*, Vom Denken und Erkennen. Sammlung Kösel Nr. 74. Kempten u. München. X u. 210 S.

360. *Szilárd, L.*, Über den Einfluß der Ähnlichkeit auf das Erlernen, Behalten und Reproduzieren mathematischer Formeln. Arch. f. Pädag. II. Teil, 2. Jahrg., H. 1, S. 53—66, H. 2, S. 163—181, H. 3, S. 258—275.

361. *Tannenbaum, Sam. A.*, A consideration of objections to psychoanalysis. Medical record vol. 85, p. 338.

362. *Taubert, Fr.* † (Lauenburg i. P.), Kants Beziehungen zur Psychologie und Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 25, H. 1 u. 2, S. 7.

363. *Taylor, Charles Keen*, The psychology of It. Psychological Clinic Bd. 8, H. 4, S. 114—117.

364. *Thorndike, E. L.*, The effect of continuous exercise and of rest upon difficult mental multiplication. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, Nr. 10, S. 597—599.

365. *Tichý, Gustav*, Experimentelle Analyse der sogenannten Beaunisschen Würfel. Ztschr. f. Psychol. Bd. 69, H. 1/2, S. 73—84.

366. *Toltchinsky, Anatol*, Recherches topographiques sur la discrimination tactile. L'année psychol. Bd. XX, 1914, S. 160 bis 181.

367. *Traub, Gottfried*, Der Krieg und die Seele. 4. Heft d. politischen Flugschriften. Jäckh, Berlin. 26 S.

367. *Trebitsch, Rudolf*, Wilhelm Wundts „Elemente der Völkerpsychologie" und die moderne Ethnologie. Ztschr. f. angewandte Psychologie Bd. 8, H. 3 u. 4, S. 275—309.

368. *Tschermak, A. v.*, Wie die Tiere sehen, verglichen mit dem Menschen. Vorträge zur Verbreitung naturwissenschaftl. Kenntnisse in Wien 54. Jahrg., H. 13, 84 S. (21 Fig. im Text, 4 Taf.)

369. *Upheus, Coswin*, Die Sinnenwelt und Ideenwelt. Zickfeldt, Osterwiek (Harz).

370. *Urban, F. M.*, Neue Arbeiten über die Dezimalgleichung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, Literaturbericht S. 1—24.

371. *Urban, F. M.*, Über einige Formeln zur Behandlung psychophysischer Resultate. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1 u. 2, S. 456—471.

372. *Valentine, C. W.*, The colour perception and colour preferences of an infant during its fourth and eigth months. British Journ. of Psychol. Bd. 6, H. 3. u. 4, S. 363—386.

373. *Valkenburg, C. T. van*, Zur fokalen Lokalisation d. Sensibilität in der Großhirnrinde des Menschen. (Mit 4 Textfig.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 24, 1914, S. 294—312.

374. *Vorbrodt, G.*, Flournoys Seherin von Genf und Religionspsychologie. Meines, Leipzig. 59 S.

375. *Verworn, M.* (Bonn), Die Mechanik des Geisteslebens. 3. Aufl. Aus Natur und Geisteswelt Bd. 200. Leipzig, G. Teubner. 92 S. — 1 M.

376. *Volkelt, Hans*, Über die Vorstellungen der Tiere. Leipzig. W. Engelmann. 126 S. — 4 M.

377. *Voß, G.*, Über die Assoziationsprüfung bei Kindern, nebst einem Beitrag zur Frage der „Wortblindheit". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 26, H. 3, S. 340.

378. *Waiblinger, Erwin*, Beiträge zur Feststellung des Tonfalls in den romanischen Sprachen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 1/2, S. 166—256, 1914. (S. 34*.)

379. *Weber, Ernst*, Eine physiologische Methode, die Leistungsfähigkeit ermüdeter Muskeln zu erhöhen. Deutsche Revue 39. Jahrgang, Bd. 3, August, S. 227—239.

380. *Weber, R.*, Ist die Lesefähigkeit lokalisiert? Pädag.-psychol. Studien 15. Jahrg. Nr. 3/4, S. 12 f.

381. *Weigl, F.*, Experimentell-pädagogische Erforschung der Begabungsdifferenzen. Pädag. Zeitfragen. Neue Folge H. 6, 85 S.

382. *Weißfeld, M.*, Die Psychoanalyse und ihre Anwendung in der Pädagogik. Wiestnik Wospitanja H. 4, S. 101—121.

383. *Weiß, A. P.*, A modified slide rule and the index method in individual measurements. Journ. of Educational Psychol. Bd. 5, Nr. 9, S. 511—524.



384. *Wells, Fr. L.* (Waverley, Mass.), The personal factor in association reactions. The Americ. journ. of insanity vol. 59, nr. 5, p. 897.

385. *Wells, F. L.* (Waverley, Mass.), Professor Cattell's relation to the association of mind. Columbia contributions to philosophy and psychology vol. 22, nr. 4.

386. *Wells, F. L.* (Waverley, Mass.), Experimental psychopathology. The pathol. Bulletin vol. 11, nr. 6, p. 202.

387. *Wells, F. L.* (Waverley, Mass.), The personal factor in association reactions. The Americ. journ. of insanity vol. 69, nr. 5, 1913.

388. *Wells, F. L.*, Dynamic psychology. The psychol. bull. vol. 11, nr. 11, p. 404.

389. *Wentscher, Else*, Das Außenwelts- und das Ich-Problem bei John Stuart Mill. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 32, H. 3 u. 4, S. 321 bis 338.

390. *Werner, S.*, Das Problem von der menschlichen Willensfreiheit. Simion Nachf., Berlin. 152 S.

391. *Viersma, E. D.*, Intelligenzprüfungen nach Binet und Simon und ein Versuch zur Auffindung neuer Tests. Ztschr. f. angewandte Psychol. Bd. 8, H. 3 u. 4, S. 267—275.

392. *Wilmanns, Karl*, Ein Beitrag zur Psychologie der Kinderaussagen vor Gericht. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge, Bd. 47, H. 1, S. 102—119.

393. *Windelband, W.*, Die Hypothese des Unbewußten. Sitzungsber. d. Heidelberger Akad. d. Wiss. 1914, 22 S.

394. *Wirth, W.*, Eine experimentelle Kontrolle der astronomischen Mikrometerregistrierung. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig. S. 70—71.

395. *Wirtz, Heinrich*, Psychologische Beobachtungen aus dem Gebiete der Schreibfeher. Ztschr. f. Schulgesundheitspflege Jahrg. 27, Nr. 8, 1914, S. 545—553.

396. *Wreschner, Arthur*, Der kindliche Gedankenkreis beim Schuleintritt und in seiner Weiterentwicklung. Schweiz. Lehrerztg. Nr. 14—19.

397. *Wreschner, Arthur*, Die Bedeutung der Psychologie für die Rechtswissenschaft an der Hand eines Gutachtens. Schweizerische Ztschr. f. Strafrecht 27. Jahrb., H. 1, S. 92—114.



398. *Wulffen*, *Erich*, Das Kind. Sein Wesen und seine Entartung. XXIV u. 542 S. 1913. Langenscheidt, Berlin.

399. *Wunderle*, *G.*, Aufgaben und Methoden der modernen Religionspsychologie. Philosoph. Jahrb. d. Görresgesellschaft Bd. 27, H. 2, S. 129—154.

400. *Wundt*, *W.*, Zur Frage der umkehrbaren perspektivischen Täuschungen. Psychol. Studien Bd. 9, H. 3 u. 4, S. 272—277.

401. *Wyplel*, *Ludwig*, Wirklichkeit und Sprache. Eine neue Art der Sprachbetrachtung. Wien u. Leipzig, F. Deuticke. 172 S.

402. *Zentgraf*, *R.*, Der Soldat. Psychol. Studien über die Jugend zwischen 14—25 Nr. 8, 39 S.

403. Zentralblatt für Psychologie und psychologische Pädagogik. Unter Mitwirkung von Bühler, Isserlin, Marbe, Meumann u. a. herausg. von *W. Peters*, Würzburg. Bd. 1, H. 6. Würzburg, C. Kabitzsch.

404. *Ziehen*, *Theodor*, Kurze Bemerkungen über Reaktionsversuche bei Lappen und Samojeden. Ztschr. f. Psychol. Bd. 68, H. 1 u. 2, S. 120—123.

405. *Ziehen*, *Th.*, Über den absoluten Eindruck von taktilen Raumstrecken und Schallintensitäten. Bericht über d. 6. Kongreß f. experiment. Psychol. 1. Teil. Schumann, Leipzig.

406. *Ziehen*, *Th.*, Versuche über die Beteiligung von Bewegungsempfindungen und Bewegungsvorstellungen bei Formkombinationen. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. experiment. Pädag. 15. Jahrg., H. 1, S. 40—44.

407. *Ziehen*, *Th.*, Zum gegenwärtigen Stand der Erkenntnistheorie. Wiesbaden, C. F. Bergmann. 73 S.

408. *Ziehen*, *Th.*, Leitfaden der physiologischen Psychologie. 10. völlig umgearb. Aufl. Jena, G. Fischer. 504 S. — 11 M. (S. 29*.)

409. *Zühlsdorff*, *E.*, Die Psychologie als Fundamentalwissenschaft der Pädagogik. Pädag. Bibl. Bd. 23.

Von zusammenfassenden Werken über das Gesamtgebiet liegen vor: *Ziehens* (408) bekanntes Buch in neuer Auflage; die neueste Literatur ist hier in starkem Umfang berücksichtigt, der alte assoziationspsychologische Standpunkt beibehalten. *Messers* (255) Darstellung orientiert besonders über die neuere Denkpsychologie, Psychologie der Gestalterfassung und ähnliches, *Ebbinghaus*' (84) kleiner Abriß zeigt in der Neuauflage die alten Vorzüge. *Rüttmanns* (317) Ergebnisse fassen vieles ganz brauchbar zusammen, sind aber bisweilen (besonders im Gebiet des



Pathologischen) dilettierend und unzuverlässig, *Lipps'* (230) Kleine Psychophysik ist in der Neuauflage erweitert und recht brauchbar.

Die Methoden psychologischer Forschung erörtert in gemeinverständlicher und klarer Weise *Külpe* (215). Die Bedeutung von *Husserls* Phänomenologie für die Psychologie wird von neuem durch *Messer* (255a) abgewogen. Zur Methodik in der Tierpsychologie handelt *Edinger* (85).

Aus dem Gebiete der Sinnespsychologie sei vor allem auf die Arbeiten von *v. Frey* hingewiesen, welche geeignet sind, die Lehre vom Kraftsinn in sehr bedeutungsvoller Weise zu beeinflussen. *v. Frey* (117) beweist nämlich in seinen sehr bemerkenswerten Untersuchungen die Existenz eines Kraftsinnes. Bei den Untersuchungen ruhte der Arm der Vp. in einer Hülse, die ihn von der Schulter bis zu den Fingerspitzen steif machte. Auf die Hülse wurden in 30 und 60 cm Abstand Bügel befestigt, welche die zu vergleichenden Gewichte trugen. Die Prüfung der Schwere erfolgt durch Hebung des Arms, der dem Blick der Vp. entzogen ist. Die Versuche ergaben, daß im allgemeinen nur solche Gewichte für gleich gehalten werden, welche das gleiche Drehungsmoment mit Bezug auf das Schultergelenk besaßen. Es wird sehr fein unterschieden, relative Unterschiedsschwelle bei einer Vp. $^1/_{70}$. Werden die Gewichte aber rasch gehoben, so erscheinen solche von gleichem Drehungsmoment, aber verschiedenem Abstand vom Gelenk nicht mehr gleich — Einfluß des Trägheitsmoments auf das Urteil; um so mehr, je größer die Winkelbeschleunigung.

Die Leistungen des Kraftsinns sind durch Druckempfindungen der Haut nicht bestimmt, wie nachgewiesen wird. Die Kraftempfindungen werden wohl auch nicht durch Druckempfindungen in den Gelenken, sondern durch rezeptorische Organe in Muskeln und Sehnen vermittelt.

v. Frey (116) gibt ein einfaches Verfahren zum Nachweis des Kraftsinns. Auf den gestreckten, bekleideten Arm der Vp., der auf einer Unterlage nahezu horizontal aufliegt, werden in 20 und 40 cm Abstand von der Schulter (Kreidestriche auf dem Rockärmel) Gewichte aufgesetzt oder angehängt. Arm durch Vorhang dem Blick entzogen. Bei ruhendem Arm erscheinen mit Hilfe des Drucksinns gleiche Gewichte gleich, unabhängig von der Entfernung der Schulter. Anders bei Vergleichung durch langsames oder rasches Heben, wobei sogleich Drehungsmomente und Trägheitswiderstände ausschlaggebend werden.

Ein zusammenfassendes Referat über neuere tonpsychologische Arbeiten gibt *Stumpf* (357).

Zur Lehre der Aufmerksamkeit liegt die bekannte Monographie *Dürrs* (83) in neuer Auflage vor. Bei erheblicher Vermehrung des Inhalts sind die alten Grundanschauungen beibehalten. Das Buch wird auch den fesseln und fördern, der diese Grundansichten nicht teilt.

Die Gestaltwahrnehmungen behandelt *Benussi* (29, 30), Zeitsinn und Raumsinn in zusammenfassender Darstellung *Bühler* (61).

Zur Grundlegung einer Lehre von der Erinnerung liegt eine Monographie von *Gallinger* (121) vor.

K. Horwitz (177) stellte Merkversuche an 27 Psychopathen und



Hysterikern an (zum Vergleich auch an 3 Gesunden). Dargeboten wurden tachistoskopisch Buchstaben und Worte, akustisch *Rauschburg*sche Wortpaare. Die Angaben wurden nach verschiedenen Zeiten gemacht (0 Sek., 50 Sek., 1½ Min., 2 Min.); bei den Wortpaaren wurde das Trefferverfahren angewendet und die Reproduktionszeit gemessen. Die Zeit bis zur Reproduktion betrug hier 15 Sek. und ½ Std. Es wurde ohne und mit Ablenkung gearbeitet. Besonderes Interesse wurde der subjektiven Sicherheit gewidmet. — *Horwitz* erhielt folgende Ergebnisse: Die Merkleistung nahm bei den Gesunden erst nach 2 Min. leicht ab, bewahrte aber dabei ihre Zuverlässigkeit. Eine ungünstige Wirkung der Ablenkung trat schon bei 50 Sek. Pause hervor. Am frühesten unterlag die Stellung der Buchstaben dem Vergessen. Hysterische und Psychopathen zeigten bei 2 Min. Pause ohne Ablenkung noch keine Abnahme der Merkleistung bei guter Qualität der Leistung und entsprechendem Sicherheitsbewußtsein. Ablenkung wirkte ungünstig auf die Leistung und minderte die Zuverlässigkeit des Sicherheitsbewußtseins. Bei den Wortversuchen mit 2 Min. Pause ohne Ablenkung lieferten die Kranken die größte Zahl der Angaben bei geringerer Richtigkeit. Das Sicherheitsbewußtsein beim Merken der Worte wuchs bei den Hysterischen mit der Schwierigkeit der Aufgabe; es war am höchsten bei den Ablenkungsversuchen bei großer Richtigkeit der Angaben. Das *Rauschburg*sche Verfahren bestätigte im allgemeinen die Ergebnisse der anderen Methoden. Eine nennenswerte Merkstörung fand sich bei einigen Hysterikern und Psychopathen mit Depression sowie bei Jugendlichen, die zu phantastischen Zügen neigten oder labil waren.

Isserlin (184) weist in einem Nachtrag zu der Arbeit von *Horwitz* darauf hin, daß bestimmte, den untersuchten Kranken eigene Fehlleistungen, die klinisch sichtbar waren, im Versuch zum Teil nicht aufgedeckt werden konnten. Es handelt sich hier offenbar um nicht konstante Erscheinungen, welche von der Einstellung der Patienten abhängen. Diese wird von den Umständen des Lebens gesetzt und müßte im Versuch durch besondere Veranstaltungen nachgeahmt werden.

Über den Vergleich erinnerter Objekte, insbesondere hinsichtlich ihrer Größe, handelt auf Grund experimenteller Untersuchungen *K. Reichardt* (308). Verglichen wurden farbige Rechtecke von verschiedener Gestalt und Größe. Darbietung nach Metronomschlägen. Wichtigste Ergebnisse: Je länger die Zeit zwischen der Darbietung des Objekts und dem Größenvergleich in der Erinnerung, desto schlechter die Vergleichsresultate. Der Vergleich erinnerter Objekte ist abhängig von dem Grade der Einprägung. Disposition der Vp. wesentlich. Beim Vergleich kleiner Objekte Ergebnisse besser als bei großen. Gestalteindruck („Schlankheit" usw.) und Gesamteindruck („Kleinheit" usw.) beim Vergleich von Bedeutung. Gegenstände von lebhafter Farbe werden überschätzt. Der Größenvergleich in der Erinnerung gibt schlechtere Resultate als der in der Wahrnehmung. Der Vergleich erinnerter Personen vollzieht sich analog dem von Farben. Bei Personen Vorstellung der Kopfhaltung wesentlich.

Peters und *Nemecek* (283) machten Massenversuche über Erinnerungsassoziationen, in Fortsetzung von früher von *P.* allein angestellten Untersuchungen. Aufgabe war, auf Zuruf eines Wortes ein persönliches Erlebnis zu erinnern.

Vp. 146 Schüler von 10—24 Jahren (ca. 15 000 Erlebnisse erinnert). **Weitaus die Mehrzahl der erinnerten Erlebnisse war beim Erleben gefühlsbetont, der größere Teil der gefühlsbetonten lustbetont, ein kleinerer unlustbetont.** Die Erinnerungen selbst waren häufiger gefühlsbetont als indifferent. Unlustbetonte Erlebnisse verlieren häufiger in der Zeit vom Erleben bis zum Erinnern ihren Gefühlston als lustbetonte. *P.* hatte schon früher von einer Tendenz zur Unlustminderung gesprochen in dem Sinne, daß unlustbetonte Erinnerungen leichter vergessen werden als lustbetonte; der Wille, nicht zu erinnern, wirkt der Reproduktion entgegen. Die Versuche an Kindern zeigten, daß mit zunehmendem Lebensalter immer mehr lustbetonte und weniger unlustbetonte Erlebnisse erinnert werden, daß also die Tendenz zur Unlustminderung mit zunehmendem Alter zunimmt. Eine Ausnahme macht die Pubertätszeit, in der unlustbetonte Erinnerungen häufiger sind.

Fritz Römer (312) hat an 27 männlichen und 43 weiblichen Hilfsschülern Assoziationsversuche angestellt. Zum Vergleich dienten auch Massenversuche mit 441 Volksschülern. Verf. fand, daß die geistig zurückgebliebenen Kinder seltener „bevorzugteste“ Assoziationen (bei der größten Zahl Vp. gleichartige) hatten als die normalen Kinder. Weiterhin waren die bevorzugtesten Assoziationen der Hilfsschüler zum Teil andere als die der normalen Kinder. Die Häufigkeit der bevorzugtesten Assoziationen nimmt bei den geistesschwachen Kindern mit zunehmendem Alter nicht zu, im Gegensatz zum Verhalten bei normalen Kindern. Doch läßt sich die Zunahme auch bei den schwachsinnigen nachweisen, wenn man das Intelligenzalter nach *Binet-Simon* bestimmt. Sie entspricht dann diesem. Bei Berechnung von „Normalmindestleistungen“ an bevorzugtesten Assoziationen für die einzelnen Altersstufen der normalen Kinder und Vergleich mit den zurückgebliebenen zeigte sich, daß diese letzteren die Normalmindestleistung ihrer Altersstufe nicht erreichten. Doch war dies der Fall, wenn man die Zurückgebliebenen nach dem Intelligenzalter gruppierte. Verf. glaubt deshalb die Häufigkeit der bevorzugtesten Assoziationen als Prüfungsmittel in einem abgestuften Testsystem zur Prüfung der Intelligenz verwerten zu können. — Die Assoziationszeiten der Zurückgebliebenen nehmen sowohl mit zunehmendem Lebensalter wie auch zunehmendem Intelligenzalter ab. Unter den Assoziationen der zurückgebliebenen Kinder sind Klangassoziationen sehr zahlreich; daneben finden sich egozentrische, Perseverationen, Verlassen im Bedeutungskreis, Wortneubildungen. Einzelne Arten dieser Reaktionen sind für manche geistig Zurückgebliebene kennzeichnend. Die Reaktionszeiten waren in *R.*s Untersuchungen bei abnormen nicht länger als bei normalen Kindern. Die Klangassoziationen haben bei den Zurückgebliebenen eine durchschnittlich kürzere Reaktionszeit als die andern Assoziationen.

F. Hacker (135) hat Versuche über die Wirkung des Antikenotoxin (*Weichardt*) auf den Menschen gemacht. *H.* verweist auf die Fehlerquellen früherer Versuche. Er selbst konnte einen günstigen Einfluß des Antikenotoxins nach geistiger und körperlicher Ermüdung nicht nachweisen.

H. Bickel (36) behandelt den Einfluß der Konstellation auf die sensorielle Wahlreaktion und auf die Resultate der Konstanzmethode.

In einer ersten Versuchsanordnung wurde auf Vorträge (gewöhnlich „rechts“-

„links") mit beiden Zeigefingern reagiert. Die Instruktion verlangte Reaktion nur nach einem Vorsignal. Die Versuchsanordnung regelte Gleichbleiben und Wechsel der Reizfolge, bediente sich im besonderen auch „gleichnamiger" und „ungleichnamiger" Locksignale, auf die nicht reagiert werden durfte. — Es zeigte sich, daß Reizwechsel die Reaktionszeit meist verkürzt, Reizwiederholung sie meist verlängert. Verf. hält das für eine Konstellationswirkung durch den Begriff der Wahlreaktion. Die Vp. erwarten Reizwechsel.

Analoge Ergebnisse erhielt *B.* auch bei Auflegen verschieden langer Kartonstreifen mit der Kante auf die Rückseite des Vorderarms: der kürzere Streifen kam bald an erster, bald an zweiter Stelle. Bei Wiederholung einer Reizkombination nahmen die Fälle zu. Auch hier meint Verf., daß das Urteil der Vp. zum Alternieren neigte. Im allgemeinen meint er, „daß schon die bloße Möglichkeit einer andern Denk- oder Willensrichtung ausreicht, um dem Denken und Wollen eine andere Richtung zu geben".

Benno Erdmann (89a) handelt von der Psychologie des Eigensprechens („Spontansprechen"). Es umfasse drei Prozesse: 1. das stille, formulierte Denken, 2. die emotionelle Innervation der Sprachorgane, 3. die Wahrnehmung des Gesprochenen. Der erste Prozeß ist Vorbedingung für das sinnvolle Eigensprechen. Der zu formulierende Bedeutungsbestand kann bewußt sein, vorstellungsmäßig, oder die Bedeutungserregungen mehr oder minder unbewußt. Das formulierte Denken spielt sich meistens in abstrakten Wortvorstellungen ab. Beim geläufigen Sprechen jedoch werden die Worte selten vorher in stiller Formulierung bewußt. Die Innervation kommt dann dadurch zustande, daß die Bedeutungsvorstellungen die Gedächtnisresiduen der spezifischen Worte in reproduktive Bereitschaft versetzen. Die nachträgliche kinästhetisch-akustische Wahrnehmung festigt den Bestand der Formulierung, wirkt vorwärts und rückwärts reproduktiv, analysiert und präzisiert den formulierten Gedanken. Das Bild des Eigensprechens wird ergänzt durch die Ausdrucksbewegungen, welche besonders den emotionellen Gehalt des Bewußtseins wiedergeben.

Zur Gleichförmigkeit der Willenshandlungen bringt *M. Bauch* (24) Beiträge auf Grund experimenteller Untersuchungen. Seine wesentlichsten Ergebnisse sind: Wenn man einer größeren Anzahl von Versuchspersonen die Aufgabe stellt, von einem bestimmten Ausgangspunkt aus eine beliebige Bewegung unter gegebenen Bewegungen schnell auszuführen, stimmen die von den Versuchspersonen gewählten Bewegungen im großen Umfang überein. Es zeigen sich wie bei den Assoziationsversuchen bevorzugteste und weniger bevorzugte Reaktionen. Die bevorzugteren Bewegungen haben größere Geschwindigkeit als die minder bevorzugten. Bevorzugter ist die Bewegung nach solchen Punkten, die dem Ausgangspunkt benachbarter sind, gegenüber der Bewegung nach Punkten, die vom Ausgangspunkt mehr entfernt sind. Bewegungen, die in der Richtung nach dem Körper verlaufen, sind bevorzugter als entgegengesetzte. Die Beugebewegungen sind bevorzugter als die Streckbewegungen. Bequemere Bewegungen werden vor unbequemeren bevorzugt. Bewegungen, die nach der Mediaebene des Körpers zu gerichtet sind, scheinen bevorzugter zu sein als entgegengesetzte. Die mittlere Variation der Reaktions-



zeiten ist bei Assoziationsversuchen erheblich größer als bei einfachen Reaktionen, die in bloßen Muskelbewegungen bestehen.

Benussi (28) hat Versuche über die Atmungssymptome der Lüge angestellt. Er suchte festzustellen, ob für lügenhafte bzw. aufrichtige Aussagen charakteristische Atemkurven feststellbar wären, und wie sich die Verläßlichkeit der Pneumogramme zu der einfachen Beobachtung verhielte. Bei dem Versuchsverfahren erhielten die mit *Marcy*-Pneumographen versehenen Vp. Zettel mit Buchstaben und Zahlen. Bei einer Anzahl von Zetteln mußte die Vp. falsche Angaben machen. Die Beobachter verzeichnen, ob sie die Aussage für wahr oder falsch halten; das Verhältnis der richtigen zu den falschen Begutachtungen gibt ein Maß für Verläßlichkeit der Gutachten und die Verstellungsfähigkeit der Vp. Die Versuche zeigten eine große Unverläßlichkeit der Begutachtungen. Es besteht die Tendenz, leichter eine wahre Aussage für erlogen als eine erlogene für wahr zu halten. Die Atmungskurven geben bei allen Vp. gute Anhaltspunkte. Bei der wahren Aussage ist die Inspiration in der Phase vor der Aussage verhältnismäßig langsamer als in der Phase nach der Aussage, umgekehrt bei der Lüge. Eine Scheinlüge (bei der die Begutachter wissen, daß Vp. Unwahres aussagt, und die Vp. auch diese Tatsache weiß) hat die Atmungssymptome der wahren Aussage. Eine Vp., die sich gut verstellen kann, kann darum noch nicht die Atmungssymptome verwischen.

Leschke (223) gibt auf Grund einer nochmaligen Durcharbeitung der Literatur eine neue anschauliche Tabelle der Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen über die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge in Puls, Blutverschiebung, Atmung. Etwa 30% der Ergebnisse stimmen überein, am meisten bei durch einfache Reize leicht auslösbaren Vorgängen. Je verwickelter, gefühlsmäßiger die Vorgänge sind, je mehr die gleichen Reize, je nach der Einstellung, verschiedene seelische Wirkungen hervorrufen, um so abweichender werden die Ergebnisse. *L.* verweist auf die Wichtigkeit der Instruktion, der Selbstbeobachtung und gibt andere Hinweise zur Ausschaltung von Fehlerquellen.

Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens behandelt das umfangreiche Werk *Lehmanns* (222), die Beziehungen von Gemütsbewegungen zu Sprachstörungen das Referat *Gutzmanns* (133).

Hirt bringt Untersuchungen über das Schreiben und die Schrift (170).

Waiblinger (378) gibt Beiträge zur Feststellung des Tonfalls in den romanischen Sprachen, welche wegen der Methodik und der allgemeinen Problematik auch für die Psychopathologie von Interesse sind. Die Tonhöhenbewegung wurde aus der graphischen Registrierung der Sprechschallbewegungen festgestellt, die Stärkeverhältnisse nach dem subjektiven Eindruck. *W.* konnte 46 verschiedene Formen nach Tonhöhenbewegung und Dynamik feststellen, welche sich auf vier Grundformen zurückführen lassen. Jeder sogenannte Sprechtakt besteht aus einer Stark- und einer oder mehreren Schwachtonsilben, die sich in ihrer Tonhöhe entweder über, unter oder neben der Starktonsilbe halten. Je höher sie bezüglich der Haupt- oder Starktonsilbe liegen, desto mehr Ausdruckswert hat der Takt. Je nach der Art des Satzes ist sein An- bzw. Abklang steigend oder fallend. Hinsichtlich des

Wertes der Starktonsilben eines mehrtaktigen Satzes stellte *W.* fest, daß die an letzter Stelle stehende meist die wichtigste ist (Primsilbe). Sie ist aber keineswegs immer die höchste. Vielmehr hat nach *W.* der Satz um so mehr Ausdruckswert, je höher die Starktöne bezüglich der Primsilbe liegen. Besonders wertvolle Primsilben werden besonders hoch gesprochen.

Eine brauchbare Einführung in die experimentelle Phonetik hat *Pancoscelli-Calcia* geschrieben (276).

Zur Traumpsychologie liegt die bekannte Buch *Freuds* (Traumdeutung) in neuer Auflage vor (112). Genannt sei auch die Abhandlung von *Aall* (1).

Das Büchleim *Aments* über die Seele des Kindes (10) ist in neuer Auflage erschienen.

Die Ergebnisse langjähriger Untersuchungen über die Psychologie der frühen Kindheit hat *Stern* neu zusammengefaßt (352).

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Karl Wendenburg-Bochum.

I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

1. *Birnbaum, K.*, Die psychopathischen Verbrecher. Handbuch für Ärzte, Juristen u. Strafanstaltsbeamte. Berlin, P. Langenscheidt. 568 S. — 18 M. (S. 37*.)
2. *Boden*, Über historische und forensische Wahrheit und Wahrscheinlichkeit. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 31, H. 1 u. 2, S. 1—26.
3. *Burr, Ch. W.* (Philadelphia, Pa.), Die Beziehungen der Aphasie zu Geisteskrankheiten vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus. New York Med. Journ. 9. May.
4. *Göring, M. H.*, Die Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer, juristischer und soziologischer Beziehung. Hab.-Schrift Gießen. Berlin, J. Springer. 149 S. — 7 M.
5. *Graßmann, K.* (München), Gute Ärzte — bessere Sachverständige. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3, S. 55.
6. *Harnack, E.*, Die gerichtliche Medizin mit Einschluß der gerichtlichen Psychiatrie und der gerichtlichen Beurteilung von Versicherungs- und Unfallsachen. Leipzig. Akad. Verlagsges. 448 S. — 12 M. (S. 38*.)



7. *Hund, Josephine*, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Inaug.-Diss. München.
8. *Klieneberger*, O. (Göttingen), Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. 13. Folge. Halle, C. Marhold. 64 S. — 1 M. (S. 38*.)
9. *Kolisko, A.* (Wien), Beiträge zur gerichtlichen Medizin Bd. 2. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 191 S. — 9 M. (S. 37*.)
10. *Leppmann, A.* (Berlin), Zur Begutachtung mystischer Heilmethoden. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15, S. 310. (S. 38*.)
11. *Lobedank* (Hagenau i. E.), Das Wesen des menschlichen Geisteslebens und das Problem der Strafe. Jur.-psych. Grenzfragen Bd. 10, H. 1/2. (S. 38*.)
12. *Mezger, E.*, Jurist und Psychiater. H. Groß' Arch. Bd. 60, H. 1/2, S. 1. (S. 37*.)
13. *Mezger, E.* (Stuttgart), Simulation und Dissimulation von Geisteskrankheiten. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform Jahrg. 10, H. 10, S. 585. (S. 37*).
14. *Näcke, P.*, Die gerichtliche Medizin und die Homosexualität. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 1, S. 322.
15. *Neumann, Otto* (Elberfeld), Über Willensfreiheit. Med. Klin. Nr. 8, S. 354.
16. *Puppe*, Die Stellung der gerichtlichen Medizin im künftigen Strafrecht. D. Strafrechtsztg. Nr. 1—3. (S. 37*.)
17. *Reiß, E.* (Frankfurt a. M.), Über Simulation und Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. 35, p. 676.
18. *Schäfer, G.* (Hamburg), Simulation von Geisteskrankheit. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 10. Jahrg., H. 10, S. 604.
19. *Schultz, J. H.* (Jena), Über Psychoanalyse in gerichtsärztlicher Beziehung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 4, S. 258.
20. *Schuppius* (Breslau), Das Symptomenbild der Pseudodemenz und seine Bedeutung für die Begutachtungspraxis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 4—5, S. 554.
21. *Sommer, R.* (Gießen), Das Verhältnis der psychiatrischen Begriffe im Strafgesetzbuch und Bürgerlichen Gesetzbuch. D. Strafrechtsztg. Jahrg. 1, H. 4—5, S. 207.
22. *Stein* (Leipzig), Über Jugendgerichte. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw., Suppl. 1, S. 291.



23. *Vallet*, *J.*, L'aliéné est-il un justiciable? Revue de méd. légale no. 4, p. 97.

24. Zeitschrift für Sexualwissenschaft, herausg. v. *Eulenburg*, *A.*, und *Bloch*, *J.* Bonn, A. Marcus u. E. Weber. (S. 37*.)

Mezger (12) kritisiert die Literaturfehde zwischen *Voß* und *Schäfer*. Er betont, daß Jurist und Psychiater bei Begutachtung gerichtlicher Fälle von zweifelhaftem Geisteszustande nicht jeder seinen eigenen Weg gehen dürfe, sondern daß nur dann etwas praktisch Brauchbares und der Sache Dienliches herauskommt, wenn jeder sich die Erfahrungen des andern zunutze macht. Diese Notwendigkeit des verständnisvollen Zusammenarbeitens betont er an anderer Stelle noch einmal (13).

Im vergangenen Jahre sind zwei Zeitschriften neu herausgegeben, welche für die gerichtliche Psychiatrie wichtige Gebiete behandeln: die Deutsche Strafrechtszeitung (16) und die Zeitschrift für Sexualwissenschaft (24). Die erste Nummer der Strafrechtszeitung bringt ein großzügiges Programm von *Wilhelm Kahl* und eine ganze Reihe von Beiträgen über Strafrecht und Strafprozeß und seine Reform. Neben dem Richter und Staatsanwalt kommt auch der Verteidiger und Verwaltungsbeamte in dieser Nummer zu Wort, und auch der Gerichtsarzt liefert, zur Mitarbeit aufgefordert, einen Beitrag, der die Notwendigkeit der Reform des gerichtsärztlichen Unterrichts, die Ausbildung und Anstellung besonderer Gerichtsärzte hervorhebt. Der Inhalt ist also recht vielseitig und verspricht viel für die Zukunft. Dasselbe ernste Bestreben haben die Herausgeber der Zeitschrift für Sexualwissenschaft, unter denen sich übrigens keiner der Professoren für Psychiatrie befindet, sonst sind alle illustren Namen zu Mitarbeiterschaft herangezogen.

Eine umfassende Beschreibung der psychopathischen Verbrecher gibt uns *Birnbaum* (1), der aus der Literatur über dieses Gebiet durch viele fleißige Einzelarbeiten hinlänglich bekannte Arzt der Irrenanstalt in Buch bei Berlin. Er nennt sein großzügig angelegtes Werk ein Handbuch für Ärzte, Juristen und Strafanstaltsbeamte, und ich glaube, jeder dieser Berufe wird von der eingehenden Darstellung der ihn interessierenden Seite dieser großen Frage befriedigt sein. Das Buch ist in vier große Abschnitte gegliedert. Der erste enthält eine allgemeine Orientierung über den Begriff Psychopathie, die Bezeichnungsfrage und die Zusammenhänge zwischen Verbrecher und Entartung. Der zweite bringt die Klinik der einzelnen Krankheitsbilder, welche auf dem Boden der Entartung erwachsen, der dritte befaßt sich mit dem Degenerierten während der Haft und im Strafvollzuge überhaupt, während der letzte der strafrechtlichen Behandlung und Versorgung der kriminellen Psychopathen gewidmet ist. Ein ausführliches Sachregister beschließt das Buch, das äußerlich alle Vorzüge der im Langenscheidtschen Verlage bisher erschienenen Werke der Enzyklopädie der modernen Kriminalistik trägt.

Der 2. Band der Beiträge zur gerichtlichen Medizin, herausgegeben von *Kolisko* (9), enthält 6 Beiträge. Die symmetrische Enzephalomalazie in den Linsenkernen nach Kohlenoxydgasvergiftung ist von *Kolisko* selbst bearbeitet, *Raschkes* hat den Kohlenoxydnachweis im Blute nach dem Verfahren von *Wachholz* und *Sieradski* nachgeprüft, *Meixner* erörtert die praktisch wichtige Frage der Geschlechts-



bestimmung bei Zwittern, und *Beykovsky* beschreibt die Klinik der tödlichen Unfälle im Straßenverkehr. *Jellinek* beschäftigt sich mit der Rekonstruktion der Entstehungsweise des elektrischen Unfalles. Die Veronalvergiftung und der Nachweis des Veronals in der Leiche und seine Verteilung in den Leichenteilen findet eine eingehende Darstellung durch *Jansch*.

Ernst Harnack (6) hat in Gemeinschaft mit *Haasler* und *Siefert*, dem leitenden Arzt der Irrenabteilung bei der Strafanstalt zu Halle, ein Lehrbuch der gerichtlichen Medizin herausgegeben, das für Ärzte und Juristen bestimmt ist. Es sieht seine Hauptaufgabe darin, zwischen beiden Fakultäten das gegenseitige Verständnis zu erleichtern, indem es den Mediziner mit den Begriffen des Rechtes, den Juristen mit den naturwissenschaftlichen Begriffen der Medizin vertraut macht. Aus diesem Grunde ist die Darstellung nicht rein in fachtechnischen Ausdrücken, sondern mehr allgemein verständlich gehalten. Den von der gerichtlichen Medizin handelnden Teil hat *Harnack* verfaßt. Das Versicherungsrecht ist von *Haasler* bearbeitet, kurz und doch vollkommen orientierend. Eine knappe Darstellung der gerichtlichen Psychiatrie durch *Siefert* bildet den Beschluß des Buches, dem man eine gemeinverständliche und klare Art der Darstellung in allen seinen Teilen nicht absprechen kann. Es wird deshalb seinen Zweck erfüllen.

In diesem Jahre hat sich *Klieneberger* (8) der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die wichtigen Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie zusammenzustellen, und es sei hier auf diese reichhaltige Zusammenstellung besonders aufmerksam gemacht.

Eine hochinteressante Schilderung der Persönlichkeit und der Geistesverfassung eines Kurpfuschers gibt *A. Leppmann* (10). Das Streben dieses Schädlings ging, wie immer bei diesen Leuten, nach zwei Richtungen: nach mühelosem Gelderwerb und Betätigung der Sinneslust. Leider ist es sehr schwer, den Unholden beizukommen, wenn sie sich mystischer Heilmethoden bedienen und sich dabei hinter der Religion verstecken.

Eine sehr schöne Einführung in das Wesen des menschlichen Geisteslebens und das Problem der Strafe hat *Lobedank* (11) in den jur.-psych. Grenzfragen veröffentlicht. *Lobedank* ist überzeugter Determinist und verficht in seiner Schrift die Lehren des Determinismus im Strafrecht hauptsächlich gegen *Kohler*, den Hauptvertreter der alten Lehre von der Strafe als Sühne und der von physiologischen Vorgängen des Gehirns unabhängigen Willensfreiheit. Die Art, wie *Lobedank* das schwierige Problem darstellt, verdient vor allem hervorgehoben zu werden, denn *Lobedank* besitzt die Gabe, leicht faßlich und auch dem Nichtspezialisten verständlich zu schreiben. Auf den reichen Inhalt selbst einzugehen, verbietet mir leider der Mangel an Raum, deshalb sei die kleine Schrift jedem Interessierten zur Lektüre empfohlen.

II. Psychiatrie und Strafrecht.

1. *Fischer, O.* (Prag), Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung der histopathologischen Untersuchung des Gehirns. Prager med. Wschr. Nr. 2.



2. *Flinker* (Czernowitz), Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw., Suppl. 1, S. 300.
3. *Golsong, Willibald*, Zur Frage der Sittlichkeitsdelikte an Geisteskranken. Inaug.-Diss. Würzburg.
4. *Hansen, Karl*, Ein Beitrag zur Lehre von den sexuellen Delikten im Greisenalter auf der Grundlage arteriosklerotischen Schwachsinns. Inaug.-Diss. Kiel.
5. *Herold, Erich*, Zwei Fälle von Brandstiftung bei Hysterie und Imbezillität. Inaug.-Diss. Kiel.
6. *Kalmus* (Prag), Die Zurechnungsfähigkeit der degenerativen Phantasten. Vjschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw., 1. Suppl., S. 305.
7. *Keller, Max*, Beitrag zur Klinik und forensischen Beurteilung des Querulantenwahns. Inaug.-Diss. Kiel.
8. *Löwenstein, Otto*, Die Zurechnungsfähigkeit der Halluzination nach psychologischen Prinzipien beurteilt. Inaug.-Diss. Bonn.
9. *Meyer, W.*, Dämmerzustände mit nachfolgender Amnesie bei leichter Commotio cerebri. Deutsche med. Wschr. Nr. 1. (S. 41*.)
10. *Moeli, C.* (Berlin), Zur Strafgesetzgebung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3, S. 52.
11. *Mönkemöller* (Langenhagen), Simulation und Verhandlungsfähigkeit. Vjschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 48, H. 2 u. 4.
12. *Mönkemöller* (Langenhagen), Der pathologische Rauschzustand und seine forensische Bedeutung. H. Groß' Arch. Bd. 59, H. 1, 2 u. 3. (S. 41*.)
13. *Oppenheim, Max*, Die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen. Inaug.-Diss. Marburg.
14. *Pieper, Anton*, Beitrag zur forensischen Beurteilung der Schwachsinnszustände. Inaug.-Diss. Kiel.
15. *Rebierre, P.*, La question de responsabilité et l'expertise. Le timide délinquant. Paris, J. B. Baillière. 154 p. — 3,50 Fr.
16. *Rixen, P.* (Breslau), Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. Ein Betrag zur Reform der Strafprozeßordnung. Jur.-psych. Grenzfragen Bd. 9, H. 7—8. Halle a. S., C. Marhold. 91 S. — 2,20 M. (S. 40*.)



17. *Schonlau*, *Otto*, Zur strafrechtlichen Beurteilung des Eifersuchtswahns. Inaug.-Diss. Kiel.
18. *Siege*, *Wilhelm*, Ein Beitrag zur strafrechtlichen Bedeutung der Hysterie. Inaug.-Diss. Bonn.
19. *Sioli*, *Franz* (Bonn), Die Behandlung des Alkoholismus im Vorentwurf des Deutschen Strafgesetzbuches. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 48, H. 2, S. 312. (S. **41***.)
20. *Stein*, *F. W.* (Prag), Ungewöhnlicher Fall von Diebstahl bei progressiver Paralyse. Prager med. Wschr. Nr. 9.
21. *Steyerthal*, *A.* (Kleinen), Die Hysterie in foro. Ärzt. Sachv.-Ztg. Nr. 8, S. 164, Nr. 9, S. 181. (S. **41***.)
22. *Stiel*, *Ernst*, Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung der chronischen Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.
23. *Strauß*, *Arnold*, Zur forensischen Beurteilung von Brandstiftung durch Geisteskranke. Inaug.-Diss. Kiel.
24. *Tintemann*, *W.*, Ein Beitrag zur Psychologie der Verbrechen im Rausch. Mtschr. f. krim. Anthr. u. Strafr.-Ref. Jahrg. 11, H. 3, S. 166. (S. **41***.)
25. *Türkel*, *Siegfr.*, Dr. jur. (Wien), Der Zurechnungsparagraph im österreichischen Rechte. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 1, S. 59.
26. *Türkel*, *Siegfr.*, Dr. jur. (Wien), Probleme der Zurechnungsfähigkeit. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 257.
27. *Wahl* (Pontorson), Aliénés méconnues et condamnés observés à l'asile de Pontorson de 1830 à 1867. Ann. méd.-psych. vol. 72, p. 703.
28. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Zurechnungsfähigkeit und Rechtssicherheit. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 47, H. 2. (S. **48***.)

Peter Rixen (16) hat in den juristisch-psychiatrischen Grenzfragen eine Abhandlung über die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit veröffentlicht. Die überaus fleißige Arbeit bringt alle Bestimmungen und Verhandlungen über diese Frage, würdigt die Literatur einer eingehenden Kritik und kommt schließlich zu dem Schlusse, daß die Dauer des Anstaltsaufenthalts anzurechnen ist, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat. Eine Strafunterbrechung findet nicht statt, wenn ein geistig erkrankter Verbrecher in eine Irrenanstalt überführt wird. Bei dieser Fassung des § 493 würden ohne große Schwierigkeiten viele Personen



sozial gerettet, die jetzt unerbittlich der Kriminalität anheimfallen. In zahlreichen Fällen würde der Ausbruch neuer Geistesstörungen verhütet werden. Die Feststellung, ob Simulation vorliegt oder nicht, wird freilich oft nicht leicht sein, ein Punkt, auf den auch *Hans Groß* hinweist.

Sioli (19), der die bisher erschienene Literatur über die zukünftige Behandlung der Trinker nach dem Vorentwurf einer genauen kritischen Durchsicht unterzieht, sieht in den Bestimmungen des V. E. eine großzügige und folgerichtige Behandlung des Alkoholismus. Bedingte Strafaussetzung bei erstmalig kriminellen Trunksüchtigen, die freiwillig Enthaltsamkeit versprechen, scheint ihm wegen der erzieherischen Wirkung außerdem noch notwendig.

Steyerthal (21) will den Begriff Hysterie in foro nicht gebraucht wissen, weil dieser Begriff ungeklärt und mystisch sei und mit ihm nicht experimentiert werden dürfe. Er ließe sich immer durch andere, klare und unzweideutige ersetzen.

Der pathologische Rauschzustand wird von *Mönkemöller* (12) an der Hand der Literatur und einer recht großen Zahl selbstbeachteter Fälle auf seine psychiatrischen Erscheinungen und forensischen Konsequenzen untersucht. Die Erscheinung macht dem Gutachter zahlreiche Schwierigkeiten, man muß sich hüten, allgemeingültige Regeln für seine Beurteilung aufzustellen. In allen Fällen muß außer dem Alkoholgenuß nachgewiesen werden, daß der Untersuchte schon seiner Gesamtveranlagung nach zu Zuständen neigt, die denen ähneln, die wir beim pathologischen Rausch beobachten.

Tintemann (24) untersuchte einen Mann, der in der Trunkenheit in ein Haus eingedrungen war, um die Ehefrau geschlechtlich zu gebrauchen, und den neben der Ehefrau schlafenden Mann ohne jeden Anlaß erschossen hatte. Er kam zu der Ansicht, daß nur Trunkenheit, aber kein pathologischer Rausch vorgelegen hatte. Das Gericht verurteilte wegen Totschlags.

Bei einer Frau, die bald nach einer körperlichen Mißhandlung durch den Ehemann ihre 4 Kinder in der Badewanne ertränkt hatte, nahm *W. Meyer* (9) das Vorliegen eines „Affektdämmerzustandes" nach Commotio cerebri an. Die Frau wurde exkulpiert. Dem Dämmerzustand folgte eine Amnesie für mehrere Stunden.

III. Kriminalanthropologie und -psychologie.

1. *Arsimoles* et *Halberstadt*, Les psychoses pénitentiaires. Arch. internat. de Neurol. 36e ann. vol. 1, no. 6, p. 341.
2. *Ballet*, *G.*, La criminalité morbide. Arch. d'anthropol. crim. no. 242, p. 81.
3. *Bechterew*, *W. v.* (St. Petersburg), Das Verbrechen im Lichte der objektiven Psychologie. (Deutsch von *T. Rosenthal.*) Wiesbaden, J. F. Bergmann. 53 S. — 1,60 M.
4. *Bischoff*, *E.*, und *Lazar*, *E.* (Korneuburg), Psychiatrische Untersuchungen in der niederösterreichischen Zwangsarbeitsanstalt Korneuburg. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 333.



5. *Boigey, M.*, Passion, crime et responsabilité. Arch. d'anthropol. crimin. vol. 29, no. 244, p. 287.

6. *Boas, Kurt*, Über Heptephilie. H. Groß' Arch. Bd. 61, H. 1.

7. *Briand, M.*, et *Salomon, J.*, Un cas d'exhibitionnisme associé à l'inversion sexuelle. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 2, p. 55.

8. *Briand, M.*, et *Salomon, J.*, Iconoclastes justiciers protestataires et mystiques. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. 7, 154.

9. *Byloff, Fritz*, Zur Psychologie der Brandstiftung. H. Groß' Arch. Bd. 59, H. 1 u. 2.

10. *Demay, G.*, Psychose interprétative et imaginative chez un vagabond. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 1, p. 21.

11. *Dolenc, Method*, Ein Grenzfall — larvierte Epilepsie. Arch. f. Kriminalanthropol. u. Krim. Nr. 57, S. 341.

12. *Elzholz, A.* (Wien), Der Fall Wurm. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 443. (S. 46*.)

13. *Frank, Ludwig* (Thurgau), Sexuelle Anomalien, deren psychologische Wertung und deren forensische Konsequenzen. Berlin, Jul. Springer. 72 S. — 2 M.

14. *Göring, M. H.*, Sittlichkeitsverbrechen von Frauen an Frauen. Arch. f. Frauenkunde u. Eugenik Nr. 2.

15. *Gotthold, K.* (Frankfurt a. M.), Vergleichende Untersuchung über die Tätowierung bei Normalen, Geisteskranken und Kriminellen. Klin. f. psych. u. nervöse Krkh., herausg. v. *R. Sommer*, Bd. 9, H. 3.

16. *Gruhle, H. W.*, *Willmanns, K.*, u. *Dreyfuß*, Säufer als Brandstifter. Verbrechertypen, herausg. v. *H. W. Gruhle* u. *Wetzel*, Bd. 1, H. 2. Berlin, J. Springer. 83 S. — 3,20 M. (S. 45*.)

17. *Hahn, R.*, Ein merkwürdiger Fall von Diebstahl aus Gegenstandsfetischismus. H. Groß' Arch. Bd. 60, H. 1 u. 2.

18. *Hegar, Alfr.*, Zur chinesischen, deutschen und amerikanischen Kriminalistik. Der Kampf gegen Minderwertigkeit und Verbrechen. Wiesbaden, C. F. Bergmann. 34 S. — 1,20 M.

19. *Hellwig, A.* (Berlin-Friedenau), Moderne Medien. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 14, S. 283.

20. *Hellwig, A.* (Berlin-Friedenau), Zur Lehre vom psychopathischen Aberglauben. Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 959.



21. *Heyder*, *Otto*, Beitrag zur forensischen Beurteilung der Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.

22. *Hirschfeld*, *Magnus* (Berlin), Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Berlin, L. Marcus. 1067 S. — 12 M.

23. *Juquelier* et *Vinchon*, L'histoire de la kleptomanie. Revue de psych. no. 2, p. 64.

24. *Juquelier*, *P.*, et *Vinchon*, *J.*, Les limites du vol morbide. Paris, Félix Alcan. 280 S. (S. 45*.)

25. *Kammerer*, *Wilh.*, Zur Kasuistik des „moralischen Irreseins". Inaug.-Diss. Tübingen.

26. *Kastan*, *Max* (Königsberg i. Pr.), Kriminalität und exogene Erregbarkeit bei angeborenen psychischen Defekten. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 2, S. 454. (S. 45*.)

27. *Ladame*, *Ch.* (Genf), Homosexualité originaire et homosexualité acquise. Arch. d'anthropol. crimin. de méd. légale et de psychol. norm. et pathol. no. 244, Avril 15.

28. *Lanzelotti*, *M. A.*, La criminalidad en Buenos Aires 1887 a 1912. Sus causas y remedios. Rev. de criminologia, psyq. y med.-legal no. 2.

29. *Lazar*, *Erwin* (Wien), Die nosologische und kriminologische Bedeutung des Elternkonfliktes der Jugendlichen. Eine psychiatrisch-pädagogische Studie. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 11, H. 5 u. 6.

30. *Leppmann*, *A.* (Berlin), Kriminalpsychologische Aufgaben der nächsten Zukunft. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 3, S. 49.

31. *Marchand*, *L.*, et *Usse*, *F.*, L'idée de divorce chez les aliénés. Revue de psych. no. 6, p. 227.

32. *Marthen*, *G.* (Landsberg a. W.), Psychiatrische Korrigendenuntersuchungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 3, S. 286.

33. *Masini*, *M. W.*, Epilessia e delitto. I caratteri specifici della criminalità epilettica. Con una introduzione del Prof. E. Morelli. Genua, E. Olivieri & Co. 2105 S. — 6 L.

34. *Meisner*, Geisteskrankheit und Verbrechen. Referat aus dem Archivio di anthropologia, crim. 1914, I u. II. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23, S. 430.

35. *Morselli*, *E.*, Le condizioni presenti delle dottrine Lombrosiane



ad un'opera del Dott. M. U. Masini „Epilepsia e delitto“. Genova, E. Olivieri & Co. 26 S.

36. *Raecke*, Geistesstörung und Kriminalität im Kindesalter. Med. Klin. Nr. 3. (S. 45*.)
37. *Raimann*, *E.* (Wien), Über Haftpsychosen. Vjschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Suppl. 1, S. 276.
38. *Redlich* u. *Lazar* (Wien), Über kindliche Selbstmörder. Zwangl. Abh. a. d. Grenzgeb. d. Pädag. u. Med. H. 3. Berlin, J. Springer. 90 S. — 2,40 M. (S. 46*.)
39. *Reiß*, *Eduard*, Über verminderte Zurechnungsfähigkeit von Schwerverbrechern. Mtschr. f. krim. Anthr. u. Strafr.-Ref. Jahrg. 11, H. 5/6, S. 308. (S. 45*.)
40. *Rupprecht*, *K.*, Die Alkoholkriminalität der Jugend Bayerns. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 713.
41. *Sabisch*, *Josef*, Über einen Mordakt auf katatonischer Basis. Inaug.-Diss., Würzburg.
42. *Sadger*, *J.* (Wien), Die Psychologie des Tunichtguts und des Trinkers. Wien. klin. Rundsch. Nr. 20, S. 287.
43. *Senf*, *M. R.* (Schmölln), Fetischismus. Groß' Arch. Bd. 60, S. 99. (S. 46*.)
44. *Sigg*, *Ernst* (Zürich), Zur Kasuistik des Fetischismus. (Ref. H. W. Maier-Burghölzli-Z. d. Vortr. a. d. 50. Jahresvers. Schweizer Irrenärzte). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 10, H. 5, S. 537.
45. *Steckel*, *W.*, Zur Psychologie des Fetischismus. Ztschr. f. Pathopsych., Erg.-Bd. 1, S. 134.
46. *Stelzner*, *Helenefriederike* (Berlin), Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 60.
47. *Strasser*, *Charlotte*, Trotz, Kleptomanie und Neurose. H. Groß' Arch. Bd. 59, H. 3 u. 4.
48. *Stschegloff*, *A.*, Kriminellbiologische Anschauungen von Lombroso. Rundsch. f. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. Bd. 18, S. 665 (russisch).
49. *Viernstein*, *Th.* (Kaisheim), Eigenschaften und Schicksale von



40 lebenslangen Zuchthausgefangenen. Ztschr. f. Medizinalbeamte Nr. 2 u. 3.
50. *Weygandt, W.* (Hamburg), Über die Psychologie des Verbrechers. Mitt. a. d. Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. 14, H. 14. (S. 45*.)
51. *Weygandt, W.* (Hamburg), Entartete, irre und verbrecherische Mütter. „Mutterschaft", herausg. v. *Adele Schreiber.* Sonderabdruck. München, Alb. Langen. 14 S.
52. *Witry*, Un meurtre pseudo-homosexuel. Gaz. des hôp. no. 15, 231.
53. *Ziehen, Th.*†, Zur Ätiologie des sogenannten „moralischen Schwachsinns". Wiener med. Wschr. Jahrg. 64, S. 2242.

Die von *Gruhle* und *Wetzel* (16) herausgegebenen Verbrechertypen bringen im 2. Heft des 1. Bandes 4 Fälle von Säufern als Brandstifter. Auf die Vorzüge dieser mit großer Sorgfalt abgefaßten Verbrecherpsychologien ist schon im vorjährigen Bericht hingewiesen. Die letzterschienene Abhandlung steht den früheren nicht nach.

Eine kurze Psychologie des Verbrechers, die namentlich auch Nichtmedizinern verständlich sein soll, gibt *Weygandt* (50) in Form eines Vortrages.

Eine Kriminalpsychologie des Diebstahls bei krankhaft veranlagten Leuten stammt aus der Feder von *Juquelier* und *Vinchon* (24). Sie erörtern an der Hand eines großen Pariser Materials eingehend die Beziehungen, welche zwischen Diebstahl und Geisteskrankheit und zwischen Diebstahl und denjenigen Formen geistiger Veränderung bestehen, welche wir Deutschen als geistige Minderwertigkeit zusammenfassen.

Die 21 Fälle, die *Kastan* (26) beschreibt, haben alle den Einfluß angeborener psychischer Defekte auf die Kriminalität und die Entstehung von Psychosen zum Gegenstande. Auch der Einfluß exogener Momente auf diese Menschen im Grenzzustande wird eingehend gewürdigt.

Raecke (36) hat die Fürsorgezöglinge Frankfurts untersucht und dabei einen engen Zusammenhang zwischen Kriminalität und Geistesstörung im Kindesalter gefunden. Ausgesprochene Psychosen sind bei Kindern häufiger, als man gemeinhin annimmt. Gefährlich ist besonders hysterische Veranlagung bei Mädchen, da sie häufig zu falschen sexuellen Anschuldigungen unschuldiger Männer führt.

Reiß (39) hat 131 Zuchthäusler in Ludwigsburg auf verminderte Zurechnungsfähigkeit untersucht und gefunden, daß 43 von ihnen normal waren, 52 pathologische Züge aufwiesen und 36 besonders schwer defekt waren, so daß sie etwa als vermindert zurechnungsfähig anzusehen sind. Ein besonderer Strafvollzug für die v. Z. wird sich auch in Zukunft kaum durchführen lassen. Die Einführung der Sicherungshaft und ihre Verhängung durch ein besonderes gerichtliches Verfahren erscheint die einzige Möglichkeit, die Gesellschaft vor diesen Elementen künftig zu schützen.



Redlich und *Lazar* (38) haben 61 Kinderselbstmorde statistisch und psychologisch verarbeitet, und davon 9 eingehend beschrieben. Es ist zweifellos, daß die Selbstmorde bei Kindern absolut und relativ an Häufigkeit zunehmen, doch ist die absolute Zahl keineswegs erschreckend groß. Auffällig ist das Schwanken des Zahl; zu manchen Zeiten häufen sie sich, zu andern kommen überhaupt keine Kinderselbstmorde vor. Das Material der Verff. verteilte sich ungefähr gleich auf beide Geschlechter und betraf ganz vorwiegend Kinder mit psychopathischer Konstitution.

Einen hochinteressanten Beitrag zum Kapitel der phantastischen Lügnerinnen liefert *Elzholz* (12) durch die Veröffentlichung des „Falles Wurm".

Senf (43) teilt die Geschichte eines Fetischisten mit, dessen Lieblingsgegenstand Frauenunterröcke waren. Es handelte sich um einen Bauernburschen.

IV. Zivilrechtliche Psychiatrie.

1. *Cristiani*, *A.*, La capacità civile nelle remissioni della paralisi progressiva. Riv. Ital. di neurop., psich. et elettroterap. fasc. 1, p. 24.
2. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Selbstanklagen und pathologische Geständnisse. Münch. med. Wschr. Nr. 7, S. 345.
3. *Janský*, *J.* (Prag), Progressive Paralyse und Bevormundungsfrage. Revue v. neuropathol. Bd. 11, S. 161.
4. *Ley* et *Menzerath*, Le témoignage des normaux et des aliénés. L'enfance anormale no. 25, p. 3.
5. *Pick*, *A.* (Prag), Pathologische Beiträge zur Psychologie der Aussage. H. Groß' Arch. Bd. 57, S. 193.
6. *Schilling*, *Karl* (Berlin-Schöneberg), Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der Mängel im Entmündigungs- und Pflegschaftsverfahren. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 12, S. 246. (S. 47*.)
7. *Schott*, *A.* (Stetten), Aus der Praxis der Entmündigung wegen Trunksucht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 213.
8. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Hysterie und Ehe. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24, S. 437. (S. 46*.)
9. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsorts. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 252.
10. *Wilhelm*, *E.* (Straßburg i. E.), Die Transvestiten und das Recht. Sexualprobleme Jahrg. 10, S. 393. (S. 47*.)

L. W. Weber (8) fand bei einer getrennt lebenden Frau Beschränktheit im landläufigen Sinne und Hysterie. Er gab sein Gutachten in einer Alimentationsklage dahin ab, daß die Frau bei ihrer Hysterie nicht ohne Gefahr für ihre Gesund-



heit zum Manne zurückgehen könnte, da die Gefahr der Verschlimmerung des Leidens auch bei der liebevollsten Behandlung bestände. Der hysterische Charakter sei eben unberechenbar.

An der Hand von drei interessanten Fällen beleuchtet *Schilling* (6) die Mängel, die unserer Zivilgesetzgebung über Entmündigung und Pflegschaft insofern anhaften, als sie besonders komplizierten seelischen Naturen nicht gerecht werden können, und empfiehlt deshalb für sie eine partielle Entmündigung.

Wilhelm (10) untersucht die rechtliche Stellung der Transvestiten *Magnus Hirschfelds* nach dem geltenden Recht, die Erlaubnis zum Tragen sexualkonträrer Kleidung, die Möglichkeit der Namensänderung u. a. Er teilt auch neue Fälle aus der älteren Literatur mit.

V. Irrenrecht. Verwehrungsmaßnahmen.

1. *Bauer*, *O.*, Bedingte Verurteilung der Trinker („Pollardsystem"). Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. 35, S. 885.
2. *Grabe*, *E. v.* (Hamburg), Über Fürsorgezöglinge und Erfolge der Fürsorgeerziehung. H. Groß' Arch. Bd. 60, H. 3 u. 4. (S. 48*.)

2a. *Hammer*, *W.*, Grundzüge der erzieherischen Behandlung sittlich gefährdeter Mädchen in Anstalten und Familien. Frankfurt a. O., Max Richter. — 2,30 M. (S. 49*.)

3. *Hegar*, *Aug.* (Wiesloch), Über die Unterbringung geisteskranker Rechtsverbrecher. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 4 u. 5, S. 671.
4. *Hentig*, *H. v.* (München), Neues Irrenrecht in Bayern. Münch. med. Wschr. Nr. 18, S. 994.
5. *Mönkemöller* (Langenhagen), Fürsorgeerziehung und Geisteskrankheiten. Die Irrenpflege Nr. 5, 6.
6. *Nelken*, *Jan* (Lemberg), Die Verbrecherfrage und die Irrenfürsorge in Galizien. Ein Beitrag zu der Gefahr der Haftpflicht der Anstalten für Geisteskranke. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 51, S. 616.
7. *North*, *Charles H.* (Dannemora, N. Y.), A proposed change in the Criminal Law. The Americ. journ. of insanity vol. 70, nr. 3, p. 683.
8. *Parant*, *V.* (Toulouse), La loi sur le régime des aliénés devant le Sénat. Ann. méd.-psychol. no. 2, Févr., p. 129.
9. *Schnitzer*, *H.* (Stettin), Bericht a. d. Herrn Landeshauptmann



von Pommern über die psychiatrische Untersuchung und Behandlung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten bei Kückenmühle. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24, S. 251. (S. 48*.)

10. *Schnitzer, H.* (Stettin), Forensische Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 6, H. 2.
11. *Schnitzer, H.* (Stettin), Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. ges. Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7, H. 1—3, S. 74.
12. *Schweighofer* (Salzburg), Unsere Stellungnahme zum Fürsorgeerziehungsgesetz und dessen Durchführung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 4, S. 37.
13. *Starlinger, Jos.* (Mauer-Öhling), Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 49.
14. *Willmanns, K.* (Heidelberg), Ein Beitrag zur Psychologie der Kinderaussagen vor Gericht. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 47, H. 1, S. 102.
15. *Zach, Anton*, Die Geisteskranken im Verkehrsrecht des 19. Jahrhunderts. Inaug.-Diss. Gießen, Jurist. Fak.

Im Anschluß an den Bremer Kindermord und die Tat des Lehrers Wagner erörtert *Weygandt* (II 28) die Unzulänglichkeit der jetzigen Verwahrungsmaßnahmen für Verbrecher, die nach § 51 freigesprochen sind. Er betont aber auch, daß dieser Unzulänglichkeit zum Trotz die Verwahrungsmaßnahmen in der Praxis mit genügender Strenge gehandhabt werden, um die Rechtssicherheit zu wahren. Namentlich seit Erbauung der Irrenanstaltsadnexe für kriminelle Geisteskranke ist genügender Schutz vor diesen Elementen garantiert. Die neuerdings in Hamburg mehrfach geübte, auch vom Reichsgericht nicht bemängelte Methode, Entlassungsanträge dort internierter Krimineller vor die ordentlichen Gerichte zu bringen, erscheint ihm nachahmenswert, weil praktisch. Sie hat allerdings auch Schattenseiten. Die größten Schwierigkeiten machen hier wie überall die geistig Minderwertigen, denen erst das zukünftige Strafrecht die notwendige Behandlung und Verwahrung garantiert.

Schnitzer (9) betont, daß bei den kriminellen Fürsorgezöglingen nur selten mit normaler Entwicklung und normalen Verhältnissen zu rechnen ist. Individuelle Behandlung ist bei ihnen deshalb in jeder Beziehung besonders notwendig.

v. Grabe (2) berichtet über das Schicksal von 100 weiblichen Fürsorgezöglingen. Etwa 69% kamen wieder auf den rechten Weg, darunter sogar der größte Teil der der Unzucht verfallen gewesenen. Bei 12% hatte die Fürsorgeerziehung zweifelhaften, bei 19% keinen Erfolg. Vorgeschritteneres Alter bei Übernahme in



Fürsorgeerziehung scheint die Prognose für die Fürsorge keineswegs aussichtslos zu gestalten.

Auf *Hammers* (2a) Grundzüge der erzieherischen Behandlung sittlich gefährdeter und entgleister Mädchen in Anstalten und Familien will ich hier hinweisen, weil man auch von jemand lernen kann, der einen von der Allgemeinheit nicht geteilten Standpunkt einnimmt.

VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.

1. *Charpentier*, *Jos.* (Premontré), Psychose interprétative aiguë chez un accidenté de travail. Ann. méd.-psychol. no. 3, p. 308.
2. *Engel*, *Herm.* (Berlin), Fingierter Unfall und Simulation schwerer Unfallfolgen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 16, S. 341.

2a. *Ewald*, *W.*, Soziale Medizin. Ein Lehrbuch für Ärzte, Studierende, Medizinal- u. Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden u. Kommunen. Bd. 2. Berlin. 702 S. — 26 M.

3. *Fehr*, *Heinr.*, Entlarvungsmethoden bei Simulation von Hörstörungen. Inaug.-Diss. Würzburg.
4. *Honigmann*, *Franz* (Breslau), Unfallneurose und Unfallversicherungsgesetz. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 8, S. 159.
5. *Lüderitz*, *Otto*, Zur Begutachtung der nach dem Unfall entstandenen Psychoneurosen. Inaug.-Diss. Kiel.
6. *Mönkemöller* (Langenhagen), Die forensische Bedeutung der Neurasthenie. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 2, S. 273.
7. *Quensel*, *F.* (Leipzig-Schkeuditz), Über Grundlagen und Bedeutung der traumatischen Neurosen. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw., Suppl. 1, S. 104. (S. 49*.)
8. *Venza*, *A.* (Palermo), Respiratorische Neurosen traumatischen Ursprungs und deren Simulation. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 5, S. 592.
9. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Geistesstörung — Invalidität — Entmündigung? Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15, S. 335. (S. 50*.)
10. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Müssen Unfälle nervöse Folgen haben? Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 4.

Statistische Untersuchungen *Quensels* (7) über die Grundlagen und die Bedeutung der traumatischen Neurosen hatten zunächst das von andern Untersuchungsresultaten erheblich abweichende Ergebnis, daß auf 4379 entschädigte Unfälle 182 Neurosen entfielen. Ihr Anteil betrug also 4,15%. Von diesem ging die überwiegende Mehrzahl auf Kopfverletzungen zurück, nämlich 110, während



bei 72 Fällen Verletzungen anderer Körperteile als Ursache anzusehen waren. Von den einzelnen Krankheitsformen war die sogenannte Kommotionsneurose mit 56 Fällen am häufigsten vertreten, ihr standen nur 62 aller andern Formen gegenüber. Reine Rentenkampfhysterie wurde nur zweimal festgestellt. Die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit ging meist der Schwere der ursächlichen Verletzung parallel, wenigstens bei den Kommotionspsychien, bei den Hysterien und den neurasthenischen Krankheitsbildern, auf anderer Grundlage war aber ein derartiger Parallelismus nicht regelmäßig festzustellen. Frühere nervöse Beschwerden, infolge von Veranlagung anderer früheren Unfälle, wirkten stets recht günstig auf den Verlauf traumatischer Neurosen. Der verschlimmernde Einfluß des Begehrens und des Rentenkampfes steht außer allem Zweifel, namentlich bei den hysterischen Krankheitsbildern. Die einfach nervösen Beschwerden haben erfahrungsgemäß nur einen geringen Einfluß auf die Arbeitsfähigkeit, und deshalb soll man Neurosen von vornherein niedrig einschätzen. Aus denen nehmen sie einen günstigen Verlauf.

L. W. Weber (9) teilt mehrere recht interessante Fälle von Geisteskrankheit mit, durch welche die äußere Ordnung des Gebarens nicht gestört wurde, und macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche diese Fälle dem Gutachter bieten, je nachdem er sie vom strafrechtlichen, zivilrechtlichen oder vom Standpunkte der Arbeiterversicherung aus zu untersuchen hat. Ein Paranoiker kann z. B. seinem Geistes- und Kräftezustande nach arbeitsfähig sein, muß aber invalidisiert werden, weil niemand mit ihm zusammen arbeiten will. Diese Personen sind nicht imstande, die in den Formularen geforderte Vertretung ihrer Angelegenheiten selbst vorzunehmen, da sie keine Krankheitseinsicht besitzen. Es muß also ein Pfleger eingesetzt werden, schon lehnt aber das Amtsgericht die Pflegschaft ab, desgleichen die Entmündigung und wieder die Pflegschaft. Die Rente wurde ihr schließlich direkt bezahlt. Man sollte deshalb unterlassen, in solchen Fällen den ganzen Apparat der Pflegschaft usw. in Gang zu bringen, denn praktisch geht es ja auch so.

VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Consiglio, P.*, Studii di psichiatria militare. Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 881—899.
2. *Lefèvre*, Contribution à l'étude des délires oniriques dans le milieu militaire. Le caducée no. 8, p. 103.
3. *Liepmann, H.* (Berlin), Psychiatrisches aus dem russisch-japanischen Feldzuge (vgl. *Autokratow*, Allg. Ztschr. f. Psych. 1907). D. med. Wschr. Nr. 40, S. 1823.
4. *Livet, L.*, Syndrome de Ganser chez un détenu militaire. Contribution à l'étude des rapports de la simulation et de la démence précoce. Rev. de psych. no. 5, p. 197.
6. *Mann*, Einige psychische Erkrankungen während der Kriegsvor-



bereitung. (Vortrag, geh. a. d. 85. Vers. D. Naturforscher u. Ärzte, Wien. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 5, Geistes- u. Nervenkrkh. Wien u. Leipzig.) Ref. Hauptmann-Freiburg. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 10, H. 5, S. 494.

7. *Meyer*, *Ernst* (Tübingen), Psychosen und Neurosen während des Krieges. D. med. Wschr. Nr. 51.
8. *Petrazzani-Saccozzi*, Sullo stato di mente del soldato Augusto Masetti imputato di „Insubordinazione con vie di fatto verso Superiore Ufficiale". Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 65—112, p. 301—353.
9. *Sträußler*, Über Selbstmorde und Selbstmordversuche beim Militär. (Vortr. a. d. 50. Jahresvers. D. Naturforscher u. Ärzte in Wien.) Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 5. Referat: Hauptmann-Freiburg. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 10, H. 5, S. 496.
10. *Sünder*, *Bernhard*, Querulantenwahn und Dienstfähigkeit. Inaug.-Diss. Bonn.
11. *Weyert*, *M.* (Posen), Einweisung in militär-psychiatrische Stationen. D. militärärztl. Ztschr. Nr. 1, S. 23.
12. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Versorgung der Neurosen und Psychosen im Felde. Med. Klin. Nr. 39, S. 1503.

---

3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: Hans Schroeder-Hildesheim.

1. *Abderhalden*, *E.* (Halle a. S.), Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1897. (S. 113*.)
2. *Abderhalden*, *E.* (Halle a. S.), Der gegenwärtige Stand der Erforschung der Abwehrfermente. Med. Klin. Nr. 10, S. 665.
3. *Abderhalden*, *E.*, Fermentforschung. Leipzig. S. Hirschel.
4. *Adler* und *Furtmüller*, Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie. München. E. Reinhardt. 1914. 399 S. M. 8.



5. *Alberti*, *A.*, Le alterazioni della personalità nelle malattie mentali. Pesaro. Stab. d'arti grafiche.
6. *Albrecht*, *O.* (Graz), Über die Voraussetzungen zur klinischen Verwendung des galvanischen Reflexphänomens. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 21, H. 5, S. 477.
7. *Albrecht*, *P.* (Treptow a. R.), Kasuistischer Beitrag zur Konstanz der Wahnideen und Sinnestäuschungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 3, S. 493.
8. *Alter*, *W.* (Lindenhaus), Zur Abderhaldenschen Forschungsrichtung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 52, S. 625. (S. 113*.)
9. *Alter*, *W.* (Lindenhaus), Zur Erleichterung serologischer Arbeiten. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 930.
10. *Anile*, *A.*, La salute del pensiero. Bari. Lazerta. (S. 87*.)
11. *Anton*, *G.* (Halle), Psychiatrische Vorträge für Ärzte, Erzieher und Eltern. III. Serie. S. Karger. Berlin. 91 S. 2,40 M. (S. 89*.)
12. *Anton*, *G.* (Halle), Gefährliche Menschentypen. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 1, S. 89.
13. *Antoni*, *N. R. E.* (Stockholm), Adrenalin und Pupille. Neurol. Ztlbl. Nr. 11, S. 674. (S. 97*.)
14. *Bajenoff*, *N.* (Moscou), Éléments psychopathologiques de l'imagination créatrice. Arch. internat. de neurol. 36e ann. vol. 1.
15. *Bajenow*, *N.* (Moskau), Über die Bedeutung großer Katastrophen für die Ätiologie einiger psychischen und Nervenkrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 808.
16. *Bancroft*, *Charl. P.* (Concord N. H.), Is there an increase among the dementing psychoses? The American journ. of insanity vol. 71, no. 1, p. 59.
17. *Barker*, *Lew. F.* (Baltimore), The relation of internal medicine to psychiatry. The American journ. of insanity vol. 71, no. 1, p. 13.
18. *Barret*, *Alb. Moore* (Michigan), Mental disorders and cerebral lesions associated with pernicious anemia. The American Journ. of insanity.
19. *Baß*, *Alexandra*, Über eine Wirkung des Adrenalins auf das Gehirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 5, S. 600.
20. *Bateson*, *W.*, *Mendels* Vererbungstheorie. Aus dem Englischen



übersetzt von *Alma Winkler*. Mit einem Begleitwort von *R. v. Wettstein*. Leipzig, B. G. Teubner.

21. *Batten, Fred. E.*, Familiäre Zerebraldegeneration. Quarterly journ. of med., July.
22. *Baumann* (Jüterbog), Meine Erfahrungen mit Paracodin, einem neuen Narkotikum. Wien. klin. Rundsch. Nr. 44—46, S. 539.
23. *Bayerthal*, I. (Worms), Über die prophylaktischen Aufgaben der Schule auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17, S. 201.
24. *Becker, Wern. H.* (Herborn), Kriegspsychosen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 29/30, S. 295.
25. *Benedikt, A. L.*, The psychological effect of the fairy story. New York med. journ. vol. 99, nr. 17.
26. *Benedict*, Dreams. New York med. journ. vol. 99, nr. 14.
27. *Berliner, B.* (Berlin), Der Einfluß von Klima, Wetter und Jahreszeit auf das Nerven- und Seelenleben auf psychologischer Grundlage dargestellt. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 56 S.
28. *Bernheim, H.* (Nancy), De la psychothérapie. L'enfance anorm. no. 26, p. 71.
29. *Bernheim, H.* (Nancy), Contribution à l'étude de la cécité psychique des mots et des choses. Arch. de neurol. no. 1, p. 1 u. no. 2, p. 69.
30. *Berze, Jos.* (Klosterneuburg), Zur Physiologie und Pathologie der intentionalen Sphäre. Psych.-neurol. Wschr., 15. Jahrg., Nr. 44, S. 532. (S. 98*.)
31. *Bjerre, Poul* (Stockholm), Das Wesen der Hypnose. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 6, H. 1, S. 33.
32. *Bing, R.* (Basel), Gehirn und Auge. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 95 S. 5 M.
33. *Binhold, Adalbert*, Ein Beitrag zu dem Kapitel der traumatischen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
34. *Binswanger, O.* (Jena), Die *Abderhalden*sche Dialysiermethode in der Psychiatrie. Med. Klin. Nr. 10, S. 417.
35. *Birnbaum, R.* (Göttingen), Valamin in der gynäkologischen Praxis. Berl. klin. Wschr. Nr. 21. (S. 125*.)
36. *Bisgaard, A.* u. *Korsbjerg, A.* (Kopenhagen), Kritische Bemerkun-



gen zu *Abderhaldens* Dialysierverfahren. D. med. Wschr. Nr. 27, S. 1367. (S. 113*.)

37. *Bleuler*, *E.*, Die Notwendigkeit eines medizinisch-psychologischen Unterrichts. Sammlung klinischer Vorträge, begründet von *Volkmann.* Neue Folge. Nr. 701. Innere Med. Nr. 234. Leipzig, Joh. Ambrosius Barth. 1914. 25 S. M. 0,75. (S. 97*.)
38. *Bleuler*, *E.* (Burghölzli), Krücken oder Beine? Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 605.
39. *Bleuler*, *E.*, Die Ambivalenz. Aus der Festschrift der Dozenten der Universität Zürich 1914. Zürich, Schultheß u. Co. 1914. 14 S. (S. 88*.)
40. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Autistik thinking. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 873.
41. *Blondel*, *Ch.*, La conscience morbide. Paris, Alcan. 336 S. 6 Fr.
42. *Blondel*, *Ch.*, La psycho-physiologie de Gall, ses idées directives. Paris, Fél. Alcan. 165 S. 2,50 Fr.
43. *Bock*, *Hans*, Zur Lehre von den nach Unfällen auftretenden psychischen Störungen. Inaug.-Diss. Kiel.
44. *Börger*, *Friedr.* (München), Über zwei Fälle von Arachnodaktylie. Ztschr. f. Kinderheilk., Orig.-Bd. 12, S. 161.
45. *Boigey*, *M.*, Introduction à la médecine des passions. Paris, F. Alcan. 280 p. 3,50 Fr.
46. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Psychiatrisches zum Kriege. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 6, S. 435. (S. 106*.)
47. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Psychiatrie und Krieg. D. med. Wschr. Nr. 39, S. 1777.
48. *Bonvincini*, *G.* (Wien), Über bilaterale Apraxie der Gesichts- und Sprachmuskulatur. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 563.
49. *Bornstein*, *A.*, u. *Saenger*, *A.* (Hamburg), Untersuchungen über den Tremor und andere pathologische Bewegungsformen mittels des Saitengalvanometers. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 1 u. 2.
50. *Boyle*, *Helen*, Some observations on early nervous and mental cases, with suggestions as to possible improvement in our methods of dealing with them. The journ. of ment. science nr. 250, p. 381.

51. *van Brero, P. C. J.*, Die Nerven- und Geisteskrankheiten in den Tropen. Handb. d. Tropenkrankheiten, herausgeg. v. *C. Mense.* Leipzig, A. Barth. 2. Aufl., Bd. 2, S. 679. (S. 94*.)
52. *Bresler, Joh.* (Lüben), Die *Abderhalden*sche Serodiagnostik in der Psychiatrie. Übersichtsreferat. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 12, 13 u. 15.
53. *Briese, Fritz*, Zur Lehre von den durch Insolation entstehenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
54. *Brill, A. A.*, The psychopathology of the new dances. New York med. journ. vol. 99, nr. 17.
55. *Brinkmann, Joh.*, Die apokryphen Gesundheitsregeln des Aristoteles für Alexander den Großen in der Übersetzung des Johannes von Toledo. Inaug.-Diss. Leipzig.
56. *Brückner, E. L.*, Hamburg-Langenhorn, Die diagnostische Bedeutung der *Weil-Kafka*schen Hämolysinreaktion für die Psychiatrie. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. 55, H. 1. (S. 117*.)
57. *v. Bruns, P.*, Neue Deutsche Chirurgie, 11. Bd., Die allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten, bearbeitet von Prof. Dr. *A. Knoblauch*, Prof. Dr. *K. Brodmann* und Privatdozent Dr. *A. Hauptmann*, redigiert von Prof. Dr. *F. Krause.* I. Teil, Stuttgart 1914, Ferd. Enke. 580 S. 24 M. (S. 84*.)
58. *Bufe, E.* (Uchtspringe), Über Calmonal (Bromcalciumurethan). Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S., 905.
59. *Bürgi, Emil*, Das Opiumproblem. Korrbl. f. Schweizer Ärzte Nr. 43.
60. *Bundschuh, R.* (Illenau), Die Methodik des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 48, S. 580.
61. *Bunnemann* (Ballenstedt), Physikalische Anschauungsweisen in neurologisch-psychiatrischer Literatur, ein Kapitel zur Leibseelenfrage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXVI, H. 2. (S. 88*.)
62. *Bunnemann* (Ballenstedt), Worauf beruhen die psychotherapeutischen Erfolge *Dubois'*? Neurol. Ztlbl. Nr. 8, S. 496.
63. *Burr, Ch. W.* (Philadelphia, Pa.), The foreign-born insane. Journ. of the American med. ass. vol. 62, p. 25.



64. *Buschan*, *Gg.* (z. Z. Hamburg), Über Kriegspsychosen. Med. Klin. Nr. 42, S. 1588. (S. 105*.)
65. *Carlisle*, *Ch. J.* (Kings Park, N. Y.), The translations of symptoms into their mechanism. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 2, p. 279.
67. *Ceni*, *Carlo*, La commozione cerebrale e gli organi genitali maschili. Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 666—697.
68. *Charon*, *R.*, et *Courbon*, *P.* (Amiens), Oxycéphalie et syndrome oxycéphalique. Nouv. Iconogr. de la Salp. 1913, no. 5.
69. *Chaslin*, *Ph.*, La „psychiatrie" est-elle une langue bien faite? Revue neurol. no. 1, p. 16.
70. *Chittenden*, *A. S.* (Binghampton, N. Y.), Surgical procedures on the insane. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 4, p. 951.
71. *Colin*, *H.*, La sortie des malades délirants et l'expertise médicale. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. 7, 160.
72. *Courbon*, *P.* (Amiens), L'hallucination téléalgésique. L'Encéphale no. 5. (S. 96*.)
73. *Courbon*, *P.* (Amiens), Le ridicule et la folie. Revue de psych. no. 5, p. 183.
74. *Courtenay*, *J. W.* (Boston), On territorial autonomia in cerebral circulation and its rôle in the genesis of symptoms in the psychoneuroses. Boston med. and surg. journ. p. 745.
75. *Crocq*, *J.*, Le mécanisme du tonus musculaire des réflexes et de la contracture. L'Encéphale no. 3, p. 197.
76. *Cygielstreich*, *Ad.* (Warschau), Influence des émotions sur la genèse de la confusion mentale. Ann. méd.-psychol. no. 3, p. 298.
77. *Dana*, *Chas. L.*, Horace on the minor psychoses. Satire 3, book II. Edited and translated by *Dana*, D. M. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 3, p. 557.
78. *le Dantec*, *Felix*, Considérations sur le repos et sur le sommeil. Revue philos. vol. 39, p. 113.
79. *Daumie* et *Voivenel*, *P.*, L'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. 7, 118.
80. *Dejerine*, *J.* (Paris), Semiologie des affections du système nerveux. Paris, Masson. 1212 p. 40 Fr.
81. *Demole*, *Victor* (Bel-Air), Considérations biologiques sur l'hérédité



dans les maladies mentales. Ann. méd.-psychol. 72e ann., no. 4, p. 417.

82. *Demôle, V.*, La réaction de *Moriz Weiß* dans les maladies mentales. Revue neurolog. no. 2.

83. *Dexler, H.* (Prag), Über den dermaligen Stand des Krallismus. Lotos Bd. 62.

84. *Diemitz, L.*, und *Fries, E.*, Die Anwendung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet. Wiener med. Wschr. 64, 2292.

85. *Dumas, G.*, et *Laignel-Lavastine*, Les variations du pression du liquide céphalo-rachidien. L'Encéphale no. 1.

86. *Dunton, W. Rush*, jr. (Towson, Md.), The association tests as an aid of diagnosis. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 4, p. 899. (S. 96*.)

87. *Eager, R.*, The rôle of hypnotics in mental diseases, with indications for their selection and employment. The Journ. of ment. science nr. 250, p. 461.

88. *Ebstein, E.* (Leipzig), Das *Valsalva-Morgagni*sche Gesetz. Ein Beitrag zur Vorgeschichte der Aphasie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 35, H. 1—2.

89. *Edinger, L.* (Frankfurt a. M.), Die Entstehung des Menschenhirns. Wiener med. Wschr. Nr. 43.

90. *Eisath*, G. (Hall i. T.), Die Entwicklung des irrenärztlichen Heilverfahrens seit 100 Jahren. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 8, S. 87.

91. *Entres, J. L.* (Werneck), Über den Schädelinhalt Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 3, S. 1015.

92. *Epstein, Ladisl.* (Budapest), Die überseeische Auswanderung unter irrenärztlichem Gesichtspunkte. (Mit besonderer Berücksichtigung der Auswanderung aus Ungarn.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 2, S. 156. (S. 93*.)

93. *Eulenburg, A.* (Berlin), Kinder- und Jugendselbstmorde. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerv.- u. Geisteskrkh. Halle, C. Marhold. H. 6. (S. 93*.)

94. *Eulenburg, A.* (Berlin), Kontinuierlicher, 4½ Jahre andauernder Schlafzustand im Anschluß an Kopftrauma, mit Ausgang in allmähliche Wiedergenesung. Med. Klin. 1914, Nr. 45 u. 46. (S. 123.*)



95. *Fabritius*, *H.* (Helsingfors), Über den Einfluß der Sensibilität auf die Mobilität. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 4, S. 473.

96. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Die Serologie in der Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 126. (S. 114*.)

97. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Über „passive" Übertragung der Fermente von Geisteskranken auf Kaninchen. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1620. (S. 114*.)

98. *Feige*, *Willi*, Über Entwicklung von Geistesstörung nach Unfall. Inaug.-Diss. Kiel.

99. *Feiler*, *M.*, Zur Serologie des Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXIV, H. 5. (S. 116*.)

100. *v. Feilitzsch* (Berlin), Calmonal, ein neues Sedativum. Berl. klin. Wschr. Nr. 48, S. 1864.

101. *Firth*, *A. H.* (Sheffield), The pupil and its reflexes in insanity. The Journ. of ment. science vol. 60, nr. 248, p. 82. (S. 111*.)

102. *Fontanesi*, *Carlo*, Ricerche sulla autolisi asettica del tessuto nervoso. Riv. speriment. d. fren. vol. 60, p. 354—367.

103. *Forster*, *Blanche*, Klinische Ergebnisse mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren. Med. Klin. Nr. 10, S. 772.

104. *Frankenhauser*, *K.* (Stephansfeld), Gedächtnis und Vererbung. Straßburg, Heitz. 40 S. 2. M. (S. 89*.)

105. *v. Frey*, *M.* (Würzburg), Neuere Untersuchungen über die Sinnesleistungen der menschlichen Haut. Fortschr. d. Psychol. u. ihre Anwendungen Bd. 2, H. 4, S. 207.

106. *Freyer*, *W.*, Selbstmorde verheirateter und eheverlassener Frauen. Sexualprobleme Bd. 10, S. 377.

107. *Freymuth*, *F.* (Lobenstein), Ein Beitrag zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 916.

108. *Friedemann*, *M.* (Berlin), Psychobiologie. Zum Andenken an *August Pauly*. Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 1441.

109. *Friedländer*, *A.* (Hohemark i. Taunus), Nerven- und Geisteskrankheiten im Felde und im Lazarett. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 90*.)

110. *Friedländer*, *G.*, Pantopon „Roche" in der Hand des praktischen Arztes. Med. Klin. Nr. 12.



111. *Friedmann, M.* (Mannheim), Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangsideen und der isolierten überwertigen Ideen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 21, H. 4, S. 333.

112. *Froehlich, E.* (Berlin), Über einen Fall von posttraumatischer Psychose. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11, S. 228.

113. *Froehlich, E.*, Über ein neues Schlafmittel, das Dial-Ciba. Therap. d. Gegenw. 55, S. 191.

114. *Fuchs, Adolf*, Die Beeinflussung der *Wassermann*schen Reaktion durch Paraldehydgaben. Psych.-neurol. Wschr., 15. Jahrg., Nr. 41, 10. Januar 1914. (S. 111*.)

115. *Fuchs, A.*, und *Freund, A.* (Kaufbeuren), Über den Nachweis proteolytischer Abwehrfermente im Serum Geisteskranker durch das *Abderhalden*sche Dialysierverfahren. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 307.

116. *Fuchs, W.* (Emmendingen), Genie und Norm. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19, S. 224. (S. 93*.)

117. *Gallus, K.*, Negativistische Erscheinungen bei Geisteskranken und Gesunden. Ztschr. f. Psychother. u. Psychol. H. 6.

118. *Gaupp, Robert*, Über Wesen und Behandlung der Schlaflosigkeit. Erstes Referat. Verhandlungen des XXXI. Deutschen Kongresses für innere Medizin. (S. 123*.)

119. *Geigel, R.* (Würzburg), Der Blitzschlag. Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. 24, H. 5. Würzburg, C. Kabitzsch. 24 S. 0,85 M.

120. *Génil-Perrin, G.*, L' œuvre psychiatrique de *Lombroso*. Revue de psych. no. 2, p. 64.

121. *Gettings, H. S.* (Wakefield), Dysenterie, past and present. The Journ. of mental sciences vol. 60, nr. 248, p. 39.

122. *Gött, Th.* (München), Psychotherapie in der Kinderheilkunde. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 1377. (S. 125*.)

123. *Goldbladt, Herm.*, Über einseitige Gehörshalluzinationen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 4 u. 5, S. 640.

124. *Golla, H.* (Breslau), Die Bedeutung der *Abderhalden*schen Serodiagnostik für die Neurologie und Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 4, S. 453. (S. 116*.)

125. *Goodhue, E. S.*, The influence of subtle and undetermined forces in the establishment, development and maintenance of racial



characteristics. The Alienist and Neurologist vol. 35, nr. 2, p. 123.

126. *Goodner*, *R. A.*, Prevention of insanity. New York med. journ. vol. 99, p. 1.

127. *Gordon*, *A.* (Philadelphia), Study of hallucinosis. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 4, p. 883.

128. *Gordon*, The cerebrospinal fluid and a special method of treatment of essential epilepsy. New York medical journal 17. I. 14. (S. 127*.)

129. *Gounet*, Délires résiduels à durée prolongée. Journ. de psychol. no. 4.

130. *Grahe*, *K.* (Frankfurt a. M.), Klinische Methoden zur Bestimmung des Eiweiß- und Globulingehaltes im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, 1914, H. 1. (S. 119*.)

131. *Del Greco*, *Fr.*, La psicoterapia contemporanea. Riv. ital. di neuropat., psych. et elettroterap. fasc. 1, p. 11.

132. *Green*, *E. M.* (Milledgeville, Ga.), Psychoses among negroes — a comparative study. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 11, p. 697.

133. *Gregor*, *Adalb.* (Leipzig), Intelligenzuntersuchungen mit der Definitionsmethode. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H.1, S. 1.

134. *Gregor*, *A.* (Leipzig), Lehrbuch der psychiatrischen Diagnostik. Berlin, S. Karger. 240 S. 4,80 M. (S. 91*.)

135. *Grey*, *Ernest G.*, Observations on the protective enzymes of the body (*Abderhalden*). Bull. of the John Hopkins hosp. 25, p. 117.

136. *Grey*, *Ernest G.*, and *Warren R. Sisson* (Boston), An example of dissociated personality. Boston med. and. surg. journ. 181, 365.

137. *Grober*, *J.* (Jena), Die Behandlung der akut bedrohlichen Geisteskrankheiten. D. med. Wschr. Nr. 3, S. 105.

138. *Guillain*, *Georges*, et *Guy Laroche*, La fixation des poisons sur le système nerveux. Progrès médical no. 28.

139. *Haberkant*, *Joh.* (Hördt i. E.), Napoleons Zustand im April 1814. Der Türmer Jahrg. 16, H. 7. (S. 99*.)

140. *Haberkant*, *Joh.* (Hördt i. E.), Napoleon Bonaparte als affektepileptischer Psychopath und seine tentamina suicidii. Prag. med. Wschr. Nr. 38.



141. *Hanes*, *Edw. L.* (Rochester N. Y.), The psychoneuroses from the standpoint of the psychiatrist. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 3, p. 649. (S. 97*.)

142. *Hansemann*, *C.*, Der Aberglaube in der Medizin und seine Gefahr für Gesundheit und Leben. 2. Aufl., Bd. 83 der Sammlung „Aus Natur u. Geisteswelt". Leipzig, Teubner. 116 S. 1,25 M. (S. 91*.)

143. *v. Hansemann*, *D.*, Infantilismus als Bedingung für Krankheiten. Ztschr. f. ärztliche Fortbildung 11. Jahrg., Nr. 15, 1914. (S. 104*.)

144. *Happich*, *Karl* (St. Blasien), Schlafstörungen. (Ein Nachwort und ein Vorschlag.) Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 1842. (S. 124*.)

145. *Harter*, *G.*, Das Rätsel der denkenden Tiere. Wien u. Leipzig, W. Braumüller. 76 S. 1,40 M. (S. 102.*)

146. *Hatschek*, *R.* (Gräfenberg), Über Rückschlagbildungen auf psychischem Gebiet. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 229. (S. 121*.)

147. *Hauber*, *F.* (Rufach), Therapeutische Versuche mit Nukleinsäure-Injektionen bei Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 1, S. 1. (S. 124*.)

148. *Hauenstein*, *Jakob*, Studien mittels der *Weichardt*schen Reaktion bei verschiedenen Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Erlangen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 4—5, S. 564.

149. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Das Wesen der Abwehrfermente bei der *Abderhalden*schen Reaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 21, S. 1167.

150. *Haury*, L'expertise psychiatrique et l'engagement volontaire. Ann. médico-psychol. no. 1, p. 18.

151. *Haymann*, *H.* (Konstanz), Körperliche Zeichen bei Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 2, S. 138. (S. 98*.)

152. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Demenzprobleme. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 997.

153. *Heise*, *W.* (Landsberg a. W.), Ein Beitrag zur Frage des akuten „Ekzems" mit psychischer Ätiologie. Neurol. Ztlbl. Jahrg. 33, Nr. 8, S. 492. (S. 123*.)



154. *Heller, Jul.* (Berlin), Die Bedeutung der inneren Kolonisation als Kampfmittel gegen die Geschlechtskrankheiten. Med. Klin. Nr. 31 u. 34.

155. *Heller, Th.* (Wien-Grienzing), Pädagogische Therapie für praktische Ärzte. Berlin, J. Springer. 223 S. 8 M. (S. 124*.)

156. *Herfort, K.*, u. *Brožek, A.* (Prag), Die eugenische Zentrale des Ernestinums. Eos Jahrg. 10, H. 3, S. 161. (S. 99*.)

157. *Herschmann, H.*, Beiträge zur Lehre von den psychischen Veränderungen bei wiederbelebten Erhängten. Wien. klin. Wschr. 27, 1404.

158. *Hesnard, A.* (Bordeaux), Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales. Revue de psych. no. 4, S. 139. (S. 104*.)

159. *Heveroch, Anton* (Prag), Anarithmetik (Alogistik). (Verlust der Fähigkeit, zu rechnen.) Sitzungsber. d. Kgl. Böhm. Ges. d. Wiss. zu Prag.

160. *Heveroch, A.* (Prag), Über Stereoagnosie. Čas. česk. lék. 53, 1056.

161. *Heymann, Irma*, Schicksal und Anlage bei 49 geistig abnormen Prostituierten. Inaug.-Diss. Heidelberg.

162. *Hieronymus, W.* (Lauenburg i. P.), Über die hämolytische Wirkung des Blutserums von Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 22, H. 4—5, S. 506. (S. 119*.)

163. *Hirschfeld, L.* (Zürich), Vererbungsprobleme in der Immunitätsforschung. Korrbl. f. Schweizer Ärzte Nr. 47 u. 48.

164. *Hirschfeld, H.* (Berlin), Erfahrungen über ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel, das Dial-Ciba. D. med. Wschr. Nr. 24, S. 1221.

165. *Hirschfeld, L.*, u. *Klinger, R.* (Zürich), Zur Theorie der Serumreaktionen. Berl. klin. Wschr. Nr. 25. (S. 119*.)

166. *Hirschlaff, L.*, Suggestion und Erziehung. (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Pädag. u. Med. H. 2.) Berlin, Jul. Springer. 245 S. 6 M.

167. *Hirt, E.*, Wandlungen und Gegensätze in der Lehre von den nervösen und psychotischen Zuständen. (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. 14, H. 3 und 4.) Würzburg, C. Kabitzsch.



168. *Hoch, Aug.* (New York), Personality and psychosis. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 887.

169. *Holmes, B.*, The *Abderhalden* reaction in psychiatry. New York med. journ. fr. 21th Mars.

170. *Horstmann, W.*, Stralsund, Zur Psychologie konträrerStrebungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 1/2. (S. 88*.)

171. *Horstmann, W.* (Stralsund), Über die Beziehungen der Pathologie zur Pädagogik. Allg. D. Lehrerztg. Nr. 33—36.

172. *Hortvík, F.*, Über fremdinhaltige koordinierte Synästhesien. Časopis českých lékařuv 53, 394, 1914 (Böhmisch.) (S. 95*.)

173. *Horwitz, Kamilla*, Merkfähigkeit bei Hysterie und Psychopathie. „„Kraepelin“, Psychologische Arbeiten Bd. 6, H. 4, 1914 (S. 122*.)

174. *Hoven, H.*, Sur l'étiologie des maladies mentales. Influence du cinématographe. Bull. de la Soc. de méd. ment. en Belg. nr. 174, p. 192.

175. *Hnátek, J.* (Prag), Über Cephalalgie. Eine Monographie. Praß, Nakl. Inužswo Máj, 1914. (Böhmisch.) (S. 104*.)

176. *Itten, W.* (Hamburg), Zur Kenntnis hämatologischer Befunde bei einigen Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 24, H. 4, S. 341. (S. 118*.)

178. *Jackson, D. J.* (Cardiff), The clinical value and significance of leucocytosis in mental disease. The Journ. of ment. science vol. 60, nr. 248, p. 56.

179. *Jaeger, R.*, Inhaltsberechnungen der Rinden- und Marksubstanz des Großhirns durch planimetrische Messungen. Archiv für Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 54, H. 1. (S. 92*.)

180. *Jentsch, E.*, Das Pathologische bei Otto Ludwig. Wiesbaden 1913. J. F. Bergmann. 72 S.

181. *Jentsch, E.*, Julius Robert Mayer. Seine Krankengeschichte und die Geschichte seiner Entdeckung. Berlin, Jul. Springer. 135 S. 4 M. (S. 101*.)

182. *Jolly, Ph.* (Halle), Kurzer Leitfaden der Psychiatrie. Für Studierende und Ärzte. Bonn, Marcus und Weber. 1914. 240 S. 4 M. (S. 90*.)

183. *Jones, Ernest* (Toronto), The inter-relation of the biogenetic

psychoses. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 1027.

184. *Jouchtchenko* (St. Petersbourg), Considérations sur la nature des maladies mentales. Ann. médico-psychol. no. 3, p. 278.

185. *Jouchtchenko*, *A. J.* (St. Petersbourg), Réaction d'*Abderhalden* antitrypsine et nuclease dans les états maniaques dépressifs. Gaz. psychiatrique no. 6, p. 93.

186. *Juliusburger*, *O.* (Lankwitz), Dial-Ciba, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Berl. klin. Wschr. Nr. 14, S. 643. (S. 126*.)

187. *Juliusburger*, *O.* (Lankwitz), Zur Thiokoltherapie. D. med. Wschr. Jahrg. 40, S. 1864.

188. *Jung. C. G.*, Der Inhalt der Psychose. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 44 S. 1,50 M. (S. 87*.)

189. *Justschenko*, *A.* (Dorpat), Das Wesen der Geisteskrankheiten und deren biologisch-chemische Untersuchungen. Dresden und Leipzig, Th. Steinkopff. 132 S. 4 M. (S. 98*.)

190. *Justschenko*, *A. J.*, und *Plotnikoff*, *Julie* (St. Petersburg), Über Abwehrfermente (*Abderhalden*). Das Antitrypsin und die Nuklease bei Nervenkrankheiten und manisch-depressiven Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 25. H. 4—5, S. 442.

191. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Über den Nachweis von sogenannten Abwehrfermenten. Med. Klin. Nr. 30, S. 1274.

192. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Urin. Med. Klin. Nr. 12. (S. 115*.)

193. *Kafka*, *V.*, (Hamburg), Die *Abderhalden*sche Dialysiermethode in der Psychiatrie. Med. Klin. Nr. 4, S. 153. (S. 114*.)

194. *Kafka*, *V.*, und *Pförringer*, *O.*, Experimentelle Studien zur Frage der Abwehrfermente. D. med. Wschr. Nr. 25, S. 1254. (S. 116*.)

195. *Kahane*, *H.* (Wien), Die Zwangsvorstellungen und ihre psychische Therapie. Wien. klin. Wschr. Nr. 14, Nr. 27.

196. *Kanngießer*, *Fr.* (Braunfels a. d. Lahn), Die Pathographie der Julisch-Claudischen Dynastie. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 1, S. 83.

197. *Kappen*, *Karl*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Inaug.-Diss. Kiel.



198. *Kastan, M.* (Königsberg i. Pr), Psychosen, Abbau und Fermentvorgänge. D. med. Wschr. Nr. 7, S. 319. (S. 117*.)

199. *Kastan, M.* (Königsberg i. Pr.), Die Pathogenese der Psychosen im Lichte der *Abderhalden*schen Anschauungen. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 3, S. 928. (S. 122*.)

200. *Kauffmann, Elsa*, Klinischer und anatomischer Beitrag zur Frage der Erkrankungen des Zentralnervensystems bei Anämie. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 1, S. 23. (S. 112*.)

201. *Keitler, H.*, und *Lindner*, Über den Einfluß der Strahlenbehandlung auf die sogenannten *Abderhalden*schen Abwehrfermente. Wien. klin. Wschr. Jahrg. 27, S. 1243.

202. *Kisch, B.*, und *Remertz, O.* (Cöln), Über die Oberflächenspannung von Serum und Liquor cerebrospinalis bei Menschen und über die Technik kapillarimetrischer Messungen. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 1097. (S. 92*.)

203. *Kißkalt, K.* (Königsberg), Das Aussterben der „Krankheiten der Unkultur". D. med. Wschr. Nr. 32, S. 1606.

204. *v. Klebelsberg, E.* (Halle a. S.), Über plötzliche Todesfälle bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 3, S. 253. (S. 109*.)

205. *Kleiber, Rudolf*, Über die Natur der bei gewissen Gehirnleiden vorkommenden knotigen Leberveränderung. Inaug.-Diss. Breslau.

206. *Klieneberger, O.* (Göttingen), Über Pubertät und Psychopathie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. H. 95. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 57 S. 1,80 M. (S. 91*.)

207. *Knauer, A.* (München), Die im Gefolge des akuten Gelenkrheumatismus auftretenden psychischen Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 21, H. 5, S. 491.

208. *Knauer* and *Maloney*, The cephalograph a new instrument for recording and controlling head movements. The Journ. of nerv. and ment. disease nr. 2, p. 75.

209. *Knox, H. A.*, Psychological pittfalls. New York medical journ. vol. 99, p. 11.

210. *van der Kolk, J.*, Sur les bains permanents dans les asiles d'aliénés. Psych. en neurol. Bladen vol. 18, p. 316.



211. *Košák, I.*, Über Persönlichkeit, ihre Veränderungen und pathologische Zustände. Revue Neuropsychopath. vol. 11, p. 268.

212. *Krarup, F.* (Kopenhagen), Nøyle ledende Principer i Sindsygebehandlingen. Hospitalstid. No. 13—15.

213. *Kreuser, H.* (Winnenthal), Über Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 1.

214. *Kreuser, H.* (Winnenthal), Über Sonderlinge und ihre psychiatrische Beurteilung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 52, S. 627.

215. *Kroll, M.* (Moskau), Klinische Studien über Synergiereflexe der unteren Extremitäten (réflexes de défense). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 4, S. 438.

216. *Kronfeld, A.* (Dalldorf), Nouveaux problèmes de la psychiatrie en Allemagne. Scientia Bd. 15, Jahrg. 8, Nr. 34/2.

217. *Krueger, H.* (Königslutter), Zur Frage nach einer vererbbaren Disposition zu Geisteskrankheiten und ihren Gesetzen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 2 u. 3, S. 113. (S. 93*.)

218. *Küster* (Berlin), Über Diogenal. Klin. f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. 9, H. 1, S. 82.

219. *Ladame, Ch.* (Genf), Lettre de Suisse. Revue de psych. et de psychol. exp. ann. 18, t. 18, no. 3, p. 109.

220. *Ladame, Ch.* (Genf), Le Sédobrol. Une simplification du traitement Toulouse-Richet. Ann. médico-psychol. no. 6, p. 671.

221. *Lampé, A.* (München), Serologische Untersuchungen mit Hilfe des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifizität der Abwehrfermente. 4. Mitteil. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 463.

222. *Lapinsky, Michael* (Kiew), Über den Mechanismus und die diagnostische Bedeutung der Dermographie am oberen Teile des Rückens und am hinteren Teile des Halses. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 1, S. 58.

223. *Laquer, B.* (Wiesbaden), Eugenik und Dysgenik. (*Loewenfeld*, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd. 97.) Wiesbaden, J. F. Bergmann. 62 S.

224. *Laurès, G.*, Troubles nerveux et mentaux consécutifs à l'explosion du cuirassé „Liberté“. Le caducée no. 6, p. 75.



225. *Leber*, *A.* (Göttingen), Chetnot maneñgheñg hâlum-tano (Die „kalte Waldkrankheit" der Chamorro). Münch. med. Wschr. Nr. 2, S. 60.

226. *Lechner*, *K.*, Das Wesen der Impressionen und Relevationen. Wiener klin. Wschr. Jahrg. 64, S. 2261.

227. *Lentz*, *Fr.* (München), Die sogenannte Vererbung erworbener Eigenschaften. Med. Klinik Nr. 5, S. 202.

228. *Lentz*, *Fr.*, Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene zur Geburtsfrage. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1568.

229. *Lesieur*, *Ch.*, *Vernet*, *M.*, et *Petzetakis*, Contribution à l'étude du réflexe oculo-cardiaque. Son exagération dans l'épilepsie. Ses variations sous l'influence d'actions médicamenteuses ou toxiques. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris no. 30, p. 440.

230. *Lewin*, *H. L.*, Organic and psychogenic delirium. New York med. journ. vol. 99, nr. 13.

231. *Lewinsohn*, *B.* (Altheide), Über Elarson. D. med. Wschr. Nr. 29, S. 1477.

232. *Lienau*, *A.* (Eichenhain-Hamburg), Über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen in psychiatrischer, rechtlicher und sittlicher Beleuchtung. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 3, S. 915. (S. 126*.)

233. *Lilienstein*, *Siegfr.* (Nauheim), Psychoneurosen bei Herzkrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3.

234. *Livet*, *L.*, Délire post-onirique de possession chez un Arabe. L'Encéphale no. 1, p. 32.

235. *Loeb*, *S.* (Ahrweiler), Die *Abderhalden*sche Fermentreaktion und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 4, S. 382. (S. 114*.)

236. *Loeb*, *W.* (Berlin), Das Verhalten des Phenovals im Organismus. Therapie der Gegenwart H. 4, S. 163. (S. 126*.)

237. *Loewenfeld*, *L.* (München), Über den Nationalcharakter der Franzosen und dessen krankhafte Auswüchse (die Psychopathia gallica) in ihren Beziehungen zum Weltkrieg. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens H. 100. Wiesbaden, C. F. Bergmann. 42 S. (S. 90*.)

238. *Loewy*, *A.*, und *Placzek*, *S.* (Berlin), Die Wirkung der Höhe auf



das Seelenleben des Luftfahrers. Berl. klin. Wschr. Nr. 22. S. 1020. (S. 92*.)

239. *Löwy, Jul.* (Prag), Ein Beitrag zur Frage der Adrenalinbehandlung. Med. Klin. Nr. 44. S. 1647.

240. *Lomer, G.* (Woltdorf). Über graphologische Kennzeichen des Schwachsinns. Arch. f. Psych. Bd. 53. H. 1, S. 101.

241. *Luther, A.* (Lauenburg i. P.). Erblichkeitsbeziehungen der Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 25, H. 1—2. S. 12. (S. 110*.)

242. *Mac Donald, Carlos F.* (New York). The mental defective problem. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 1. p. 1.

243. *Maier, Hans W.* (Burghölzli-Zürich). Die Therapie in der psychiatrischen Klinik. Autoreferat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R.- u. E.-Bd. 10, H. 4, S. 431.

244. *Mangold, Ernst*, Hypnose und Katalepsie bei Tieren im Vergleiche zur menschlichen Hypnose. Jena, G. Fischer. 81 S. 2,50 M.

245. *Maniu, Z.* (Czernowitz), Über Luminal. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 2, S. 15.

246. *Marie, A.* (Villejuif), Professions et folie. L'Assistance, no. du Mai.

247. *Marie, A.* (Villejuif), Sur la morphologie de l'encéphale des Asiatiques. Arch. internat. de neurol. 36e ann., vol. 1, no. 6. p. 366.

248. *Masini* e *Vidoni*, L'assistenza e la terapia degli ammalati di mente. Mailand, Hoepli. 233 S. 2,50 L.

249. *Massaut, J.*, De l'emploi de quelques tests dans l'examen des aliénés. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg. no. 172, p. 28.

250. *Mayer, E.*, Beitrag zur Wirkung eines neuen Schlafmittels, des Dial-Ciba. Neurol. Ztlbl. Nr. 9.

251. *Mayer, W.* (Tübingen), Die Bedeutung der *Abderhalden*schen Dialysiermethode für psychiatrische und neurologische Fragen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 23, H. 4/5, S. 539. (S. 117*.)

252. *Mayer, W.* (Tübingen), Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 22, H. 4/5. (S. 122*.)

253. *Medow, W.* (Erlangen), Zur Erblichkeitsfrage in der Psychiatrie.

Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 5, S. 493. (S. 109*.)

254. *Mercklin, A.* (Treptow), Die Psychosen unserer kleinstädtischen Bevölkerung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 1 u. 2, S. 142. (S. 110*.)

255. *Meyer, Adolf*, The purpose of the psychiatric clinic (*Henry Phipps* psychiatric Clinic, Baltimore). The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 857.

256. *Meyer, E.* (Königsberg), Der künstliche Abort bei psychischen Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 275. (S. 126*.)

257. *Meyer, E.* (Königsberg), Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges. D. med. Wschr. Nr. 51, S. 2085. (S. 106*.)

258. *Meyer, Rob.* (Berlin), Die „Hellseher", ihre Tricks und ihre Opfer. Berl. klin. Wschr. Nr. 32, S. 1521.

259. *Meyer, Rob.* (Berlin), Beitrag zur Kritik des Hellsehens, der Ahnungen und des Gedankenlesens, sowie der denkenden Tiere u. a. Berl. klin. Wschr. Nr. 23, S. 1075.

260. *Meyer, W.* (Andernach), Dämmerzustände mit nachfolgender Amnesie bei leichter Commotio cerebri. D. med. Wschr. Nr. 1, S. 24.

261. *Mezger, E.* (Stuttgart), Akute und chronische Affekte. Arch. f. Kriminalanthropol. u. Krim. Bd. 58, S. 70.

262. *Mingazzini, G.* (Rom), Der geniale Mensch und die Entwicklung des Hirnmantels. Neurol. Ztlbl. Nr. 19, S. 1116. (S. 93*.)

263. *Mischin, S.*, Fixation des Affekts. Rundsch. f. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. Bd. 18, S. 509. (Russisch.)

264. *Moerchen, Fr.* (Ahrweiler), Die sedative Wirkung des Diogenal bei Psychosen und Neurosen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 50, S. 601.

265. *Mohr, R.* (Leipzig), Zur Kenntnis der Beeinflussung vegetativer Zentren durch die Hypnose. Münch. med. Wschr. 1914, Nr. 40, S. 2030. (S. 123*.)

266. *Molhaut, M.* (Löwen), Importance médicale et sociale de la Psychiatrie: Les moyens de lutte contre les affections mentales. Bull. de la Soc. de méd. ment. en Belg. no. 173, p. 87.

267. *Moravcsik, Ernst E.* (Budapest), Klinische Mitteilungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 23.



268. *Mott*, *F. W.* (London), A lecture on the causes of insanity. Lancet vol. 187, p. 75.

269. *Müller*, *E.* (Waldbroel), Cäsaren-Porträts. Bonn, Marcus u. Weber. 39 S. 4 M. (S. 100*.)

270. *Müller*, *Ernst* (Waldbröl), Die Kaiser Domitian, Commodus, Caracalla und Elagabal, ein Beitrag zur Frage des Cäsaren-Wahnsinns. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 271.

271. *Müller-Freienfels*, *R.* (Berlin-Halensee), Über Illusionen und andere pathologische Formen der Wahrnehmung. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. VI, H. 1. (S. 95*.)

272. *Müller-Lyer*, *F.*, Soziologie der Leiden. München, Alb. Langen. 226 S. 3 M. (S. 84*.)

273. *Münzer*, *A.* (Berlin), Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berl. klin. Wschr. Nr. 10. (S. 93*.)

274. *Münzer*, *A.* (Berlin), Zur Pathologie des Persönlichkeitsbewußtseins. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 6, S. 561. (S. 120*.)

275. *Murphy*, *P. H.* (Washington), Incidential deliria occurring in the insane, including a citation of cases. Th. Alien. and Neurol. vol. 35, nr. 2, p. 173.

276. *Mutermilch*, *S.* (Paris), L'application de la réaction d'*Abderhalden* au diagnostic et à l'étude des maladies nerveuses et mentales. Arch. internat. de neurol. 36e ann., vol. 1, no. 4, p. 205. (S. 113*.)

277. *Myerson*, *A.* (Taunton, Mass.), A note on the relative wight of the liver and brain in psychosis. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, no. 7, p. 441.

278. *Myerson*, *A.* (Taunton, Mass.), Contralateral periosteal reflexes of the arm. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 3. (S. 97.*)

279. *Myerson*, The albumen content of the spinal fluid in its relation to disease syndromes. Journal of nervous and mental disease, März 1914. (S. 111*.)

280. *Myerson* and *Eversole*, Notes on sunlight and flashlight reactions and on consensual amyosis to blue light. Journal of nervous and mental disease vol. 40, no. 11. (S. 110*.)

281. *Neißer*, *E.*, Kasuistischer Beitrag zur Elarsontherapie. Therap. d. Gegenw. Bd. 55, S. 237.

282. *Nelken*, *J.* (Kulparkow b. Lemberg), Die Verbrecherfrage und die



Irrenfürsorge in Galizien. Ein Beitrag zu der Gefahr der Haftpflicht der Anstalten für Geisteskranke. Psych.-neurol. Wschr., XV. Jahrg., Nr. 51. (S. 101*.)

283. *Netoušek*, *M.* (Prag), Über die Bedeutung der *Abderhalden*schen Reaktion für Neuropsychopathologie. Ãský́ch lékañ 55, 42, 1914. (Böhm.) (S. 120*.)

284. *Neue*, *H.* (Greifswald), Moderne Diagnostik in Psychiatrie und Neurologie mit Hilfe von Liquor- und Blutuntersuchungen. Med. Klin. Nr. 29, S. 1217, Nr. 30, S. 1259.

285. *Neuendorff*, *Richard*, Zur Kasuistik der retrograden Amnesie. Inaug.-Diss. Jena.

286. *Neumann*, *H.* (Wien), Der Nystagmus und seine klinische Bedeutung. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 550.

287. *Neuer*, *A.* (Wien), Healing and training (Heilen und Bilden). The Journal of mental science nr. 250, p. 369.

288. *Neumann*, *Kurt*, Über Psychosen nach Influenza. Inaug.-Diss. Kiel.

289. *Nießl v. Mayendorff* (Leipzig), Das Geheimnis der menschlichen Sprache. Wiesbaden. C. F. Bergmann. 43 S. 2 M.

290. *Nießl v. Meyendorff* (Leipzig), Das Wesen der Geisteskrankheit. Ztschr. f. Pathopsychol., Ergänzungsb. I, S. 216.

291. *Nieszytka*, *L.* (Tapiau), Ergebnisse der *Abderhalden*-Methode für die Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 14, S. 163. (S. 113*.)

292. *Nieszytka*, *L.* (Tapiau), Untersuchungen zum *Abderhalden*-Verfahren. D. med. Wschr. Nr. 30, S. 1519.

293. *Nieszytka*, *L.* (Tapiau), Ergebnisse der *Abderhalden*-Methoden für die Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 5, S. 546.

294. *Nißl*, *Franz* (Heidelberg), Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. 1, H. 2. Berlin, J. Springer. 112 S. 2,80 M. (S. 107*.)

295. *Obrégia* et *Pitulesco*, Cholera et psychoses. L'Encéphale no. 5.

296. *Obrégia* et *Pitulesco*, La séro-réaction d'*Abderhalden* dans la paralysie générale, l'épilepsie et les psychoses périodiques. Compt. rend. de la Soc. de Biol. vol. 76, p. 316.

297. *O'Malley*, *Mary* (Washington, D. C.), Psychoses in the coloured



race. A study in comparative psychiatry. The American. journ. of insanity vol. 71, nr. 2, p. 309.

298. *O'Neil, D. G.* (Washington), Some observations on the symptomatic psychoses of the nephritic group. The Alien. and Neurol. vol. 35, nr. 4, p. 351.

299. *Orr* and *Rows*, Further observations on the influence of toxins on the central nervous systems. Procedings of the royal society of medicine 1914, vol. 7. (S. 110*.)

300. *Otto, R.*, und *Blumenthal, G.* (Berlin), Erfahrungen mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren. D. med. Wschr. Nr. 41. S. 1836.

301. *Pactet, F.*, L'aliénation mentale chez les employés de chemin-de fer. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 2, p. 44, no. 6, p. 82, no. 7, p. 110.

302. *Pappenheim, M.*, und *Groß, C.* (Wien), Die Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters. Berlin, Julius Springer, 1914. 129 S. (S. 91*.)

303. *Parhon, C.-J.* (Jassy), Ivasibilité et mononucléose. Bulletin de la société des médecins et naturalistes de Jassy no. 7—8. (S. 120*.)

304. *Parhon, C.-J.*, et Mlle. *Marie Parhon* (Jassy), Sur la séro-réaction d'*Abderhalden* dans la myasthenie. Extrait des Compt. rend. des séances de la Soc. de Biol. tome 76, p. 633.

305. *Parhon* et Mlle. *Marie Parhon* (Jassy), Sur la séroréaction d'*Abderhalden*, avec le corps thyreoïde dans les psychoses affectives. Sur la séroréaction d'*Abderhalden* avec la glande thyreoïde dans le syndrome de *Parkinson*. Comptes rendus de la société de neurologie de Paris. Sitzung 2. IV. 14. (S. 112*.)

306. *Parhon, J.*, et Mlle. *Parhon*, Nouvelles recherches sur la séroréaction d'*Abderhalden*. Revista medical, Bukarest 1914. Nr. 7—8. (S. 105*.)

307. *Parhon* et *Satini*, Essais sur les cuti-réactions glandulaires. Comptes rendus de la société de neurologie de Paris. Sitzung 11. VI. 14. (S. 112*.)

308. *Parhon, C.-J.*, et *Zugravu, Gh.* (Jassy), Recherches pondérales sur le pancréas chez les aliénés. Arch. internat. deNeurol. vol. 1. ann. 36e, no. 3, p. 137. (S. 96*.)



309. *Passow, Ad.* (Eichenhain-Hamburg), Wechselseitige Beziehungen zwischen Psychosen und Menstruationsstörungen. Med. Klin. Nr. 12, p. 497.

310. *Paton, Stewart* (Princeton Univ.), Primitive mechanisms of individual adjustment. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 991.

311. *Paton, Stewart* (Princeton Univ.), The psychiatric clinic and the community. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 841.

312. *Pawlowsky, L.*, Verschiedene Arten von Liebe bei Geisteskranken und bei Gesunden mit pathologischem Charakter vom verwandten Typus. Rundsch. f. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. vol. 18, p. 735. (Russisch.)

313. *Pellacani, G.*, Ricerche sulla specifità e valore dei fermenti proteolitici in alcune forme mentali. Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 698—735.

314. *Pesker, D.* (Petersburg), Über die fermentative Tätigkeit des Serums und die serodiagnostische Methode von *Abderhalden* bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 1, S. 1. (S. 118*.)

315. *Peters, A. W.*, The sterilisation of mental defectivs considered from the physiological standpoint. Medical record vol. 86, p. 370.

316. *v. Pfungen*, Über die klinische Verwertung der Galvanometrie im Gebiete der Psychiatrie. Wiener med. Wschr. Jahrg. 64, S. 2346.

317. *Pick, A.* (Prag), Über das Verhältnis vom Blinzelreflex und *Bell*schen Phänomen. Prager med. Wschr. Bd. 39, Nr. 14. (S. 121*.)

318. *Pick, A.* (Prag), Die Psychologie des Erklärungswahns, dargelegt an residuären Orientierungsstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 3, S. 209.

319. *Pick, A.* (Prag), Zur Lehre vom psychischen Mechanismus der akustischen Halluzinationen. Prager med. Wschr. Nr. 52. (S. 95*.)

320. *Pick, A.*, Perseveration und andere Mechanismen als Ursache agrammatischer Erscheinungen nebst Bemerkungen über die

Beziehungen des „Verschreibens" zum „Versprechen". Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 5, 1914. (S. 96*.)

321. *Pighini*, *G.*, La energia nervosa e la chimica-fisica del protoplasma. Atti della Società Italiana per il progresso delle scienze. (S. 96*.)

322. *Pighini*, *G.*, Chemische und biochemische Untersuchungen über das Nervensystem unter normalen und pathologischen Bedingungen. Biochem. Ztschr. Bd. 63, H. 4—6. (S. 111*.)

323. *Pilcz*, *Alexander* (Wien), Psychosen bei inneren Krankheiten. Med. Klin. Nr. 8, S. 313.

324. *Plaut*, *F.* (München), Über Absorptionserscheinungen bei dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 238.

325. *Puillet* et *Morel*, L'index antitryptique dans les maladies mentales. Revue de psych. no. 6, p. 249.

326. *Raecke*, *J.* (Frankfurt a. M.), Grundriß der psychiatrischen Diagnostik, nebst einem Anhang, enthaltend die für den Psychiater wichtigsten Gesetzesbestimmungen und eine Übersicht der gebräuchlichsten Schlafmittel. 5. verm. u. verb. Aufl. 14 Textfig. Berlin, Aug. Hirschwald. 3 M. (S. 90*.)

327. *Ranke*, *O.* (Heidelberg), Zur Histologie und Histopathologie der Blutgefäßwand, speziell des Zentralnervensystems (auf Grund neuerer Kenntnisse über das Mesenchymalnetz und seine Differenzierungspunkte). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 3—4, S. 221.

328. *Redlich*, *E.* (Wien), Statistisches zur Ätiologie der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Wien. klin. Wschr. Nr. 43/44. (S. 94*.)

329. *Régis*, *E.*, Précis de psychiatrie. 5e éd. Paris, O. Doin. 1230 p. 12 Fr.

330. *Régis*, *E.*, L'aliénation mentale chez les mécaniciens et chauffeurs des Compagnies de Chemin de fer. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 3, p. 87.

331. *Reichardt*, *M.* (Würzburg), Untersuchungen über das Gehirn. Arb. a. d. Psych. Klin. zu Würzburg, H. 8. Jena, G. Fischer. 874 S. 35 M. (S. 107*.)

332. *Reichardt*, *M.* (Würzburg), Intravitale und postmortale Hirn-



schwellung. Neurol. Ztlbl. Nr. 18, S. 1078 (cf. Nr. 2, 1915, S. 55). (S. 109*.)

333. *Reichardt*, *M*. (Würzburg), Über die Folgen psychischer Vorgänge auf Körper und Seele. Ztschr. f. Versicherungsmed. Nr. 2 u. 3. (S. 103*.)

334. *Reichel*, *V*. (Dobřany), Medinal in psychiatrischer Praxis. Čas. česk. lék. vol. 53, p. 418. (Böhmisch.) (S. 125*.)

335. *Reid*, *Charl. Eva* (San Francisco), Ergotherapia in the treatment of mental disorders. Boston med. and surg. journ. vol. 171, p. 300.

336. *Resniček*, *R*., Klinische Studien über Dermographismus. Wien. klin. Wschr. Bd. 27, S. 1424.

337. *Ricksher*, *Charles* (Kaukakee, Ill.), Similar and dissimilar psychoses in relativs. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 1, p. 133.

338. *Robertson*, *W. Ford* (Edinburgh), Vaccine treatment in Asylum. The Journ. of mental science vol. 60, nr. 248, p. 17. (S. 127*.)

339. *Römer*, *H*. (Illenau). Über die bisherigen Ergebnisse des Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 48, S. 575.

340. *Rohde*, *M*. (Jena), Zur Frage der Berufsnervosität der Volksschullehrer. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 4. (S. 105*.)

341. *Roller*, *P*. (Kropp), Die Untersuchung der Geisteskranken. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. 10, H. 7—8. Halle, C. Marhold. 115 S. 2,50 M. (S. 90*.)

342. *Rosanoff*, *A. J*. (Kings Park, L. J.), Mendelism and neuropathic heredity. A reply to Dr. *David Heron*'s criticisms of recent American work. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 3, p. 571.

343. *Rosental*, *Stefan* (Heidelberg), Intravitale und postmortale Hirnschwellung. Eine Erwiderung auf die Ausführungen *Reichardt*s. Neurol. Ztlbl. Nr. 18, S. 1085.

344. *Rosental*, *St.*, und *Hilffert*, *W*. (Heidelberg), Zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 1, S. 6.

345. *Rossi*, *E.*, La psichiatria nelle sue varie tappe evolutive. La riforma medica vol. 30, p. 763.

346. *Rothmann*, *M.* (Berlin), Zur differentialdiagnostischen Bedeutung des *Bárány*schen Zeigeversuchs. Neurol. Ztlbl. Nr. 1, S. 3. (S. 121*.)

347. *Rows*, *R. G.*, The importance of disturbances of the personality in mental disorders. (Proceedings of the Royal Soc. of med. vol. 7 (Sect. of psych.). The Journ. of ment. science vol. 60, no. 249, p. 192.

348. *Rülf*, *J.* (Bonn), Das Halluzinationsproblem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 2—3, S. 183.

349. *Russel*, *W.* (Edinburgh), Angiospasmus der Zerebralgefäße. British med. journ. Mai 16th.

350. *Rybakow*, *Th.* (Moscou), Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impérial de Moscou. No. 2.

351. *Saaler*, *Br.* (Charlottenburg), Die *Fließ*sche Periodizitätslehre und ihre Bedeutung für die Sexualbiologie. Ztlbl. f. Psychoanal. u. Psychother. Jahrg. 4, H. 7—8, S. 327.

352. *Saathof*, *L.* (Oberstdorf), Über die Notwendigkeit einer einheitlichen Temperaturmessung und über die Grenzen normaler und pathologischer Temperaturen. Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 1771. (S. 96*.)

353. *Salomon*, (Berlin), Über Phenoval, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Berl. klin. Wschr. Nr. 20, S. 935. (S. 125*.)

354. *Samberger*, *Fr.* (Kgl. Weinberge), Über das Juckgefühl. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 2—3, S. 313.

355. *Sanger Brown* (Chicago), Applied eugenics. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 2, p. 269.

356. *v. Sarbó*, *A.* (Budapest), Zur Technik der Pupillenuntersuchung und eine neue, einfache Art zur Prüfung der Pupillenreaktion. Neurol. Ztlbl. Nr. 6, S. 339. (S. 96*.)

357. *Scharnke*, (Straßburg i. E.), Enuresis und Spina bifida occulta. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 1, S. 43.

358. *van der Scheer* (Meerenburg), Beitrag zur Kenntnis der nichtpuerperalen Osteomalazie, mit besonderer Berücksichtigung der sog. osteomalazischen Lähmung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 26, H. 4, S. 397. (S. 122*.)



359. *van der Scheer* (Meerenburg), Over enkele belangrijhe verschijnoden in den anvang die Osteomalacie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II, No. 4.

360. *Schlatter*, *C.*, Die *Mendel*schen Vererbungsgesetze beim Menschen an der Hand zweier Syndaktyliestammbäume. Schweizer Korrbl. Nr. 8.

361. *Schlesinger*, *E.* (Berlin), Die hemianopische Pupillenreaktion, ihre physiologische Grundlage und ihre lokaldiagnostische Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 4 u. 5, S. 536.

362. *Schmid*, *A.*, Hermann Bangs „Hoffnungslose Geschlechter". Eine Studie zum Problem der Decadence. Ztlbl. f. Psychoanal. u. Psychotherap. Bd. 4, S. 451.

363. *Schmidt*, *C.* (Berlin N.), Über Dial-Ciba bei Psychosen. Med. Klin. Nr. 41, S. 1568. (S. 126*.)

364. *Schmidt*, *Peter*, Über einseitigen Nystagmus. Inaug.-Diss. Rostock.

365. *Schönfeld*, *A.* (Brünn), Todesursachen und Sektionsbefunde bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung des Hirngewichts. Prager med. Wschr. Nr. 14/15.

367. *Schroeder*, *H.* (Kortau), Einige technische Neuerungen in der Dialysiermethode und die Anwendung derselben in der Psychiatrie. Berl. klin. Wschr. Nr. 28, S. 1319. (S. 113*.)

368. *Schroeder*, *Th.*, Die gekreuzigte Heilige von Wildisbuch. Ztlbl. f. Psychoanal. u. Psychotherap. Bd. 4, S. 464.

369. *Schüller*, *A.*, Die chirurgische Behandlung des erhöhten Hirndrucks. Wien. med. Wschr. Jahrg. 64, S. 2288.

370. *Schultz*, *J. H.* (Chemnitz), Blutuntersuchungen als klinisches Hilfsmittel auf psychiatrischem Gebiet, mit besonderer Berücksichtigung der Prognosestellung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 1, S. 71, H, 2, S. 128. (S. 118*.)

371. *Schultz*, *J. H.*, u. *W. Capeller* (Jena), Zur Frage der kapillären Erythrostase. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 5, S. 602.

372. *Schultze*, *B. C.* (Jena), Gynäkologie und Psychiatrie. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 9, H. 2, S. 276. (S. 101*.)

373. *Schuppius* (Breslau), Einiges über den Eifersuchtswahn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 3/4. (S. 121*.)



374. *Schwarz*, *Erh.* (Berlin), Erfahrungen mit der *Abderhalden*schen Blutuntersuchungsmethode. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 1, S. 19.

375. *Seegers*, *K.*, appr. Nahrungsmittelchemiker (Uchtspringe), Über das Verhalten des Calmonals im menschlichen Körper. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 909.

376. *Seelert*, *H.* (Berlin), Schwere symmetrische Gangrän. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 6, S. 483.

377. *Senf*, *R.*, Nochmals der Ursprung der Homosexualität. Jahrb. f. sexuelle Zwischenstufen Jahrg. 14, H. 2. (S. 106*.)

378. *Shanahan*, *W.*, Why the marriages of the defectivs should be prevented when possible. Epilepsia t. 5, p. 2.

379. *Shaw*, *Claye*, A plea for the degenerate (eugenics). Lanzet vol. 186, p. 1665.

380. *Siemerling*, *E.* (Kiel), Gynäkologie und Psychiatrie. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 34, H. 3.

381. *Sigg*, *E.* (Zürich), Versuch einer retrospektiven Diagnostik der senilen Psychosen nach dem Drüsenbefunde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 4, S. 453.

382. *Simon*, *Charles E.*, The *Abderhalden-Fauser* reaction in mental diseases. The Journ. of American med. Ass. vol. 62, p. 1701.

383. *Sioli*, *Franz* (Bonn), Die Abwehrfermente *Abderhaldens* in der Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 241. (S. 115*.)

384. *Sokolow*, *P.* (Wil), Die experimentelle Auslösung der Gehörshalluzinationen durch periphere Reize. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 55, H. 2. (S. 121*.)

385. *Sommer*, *R.* (Gießen), Organisation und Aufgaben eines Reichsinstitutes für Familienforschung und Vererbungslehre. D. med. Wschr. Nr. 14, S. 708.

386. *Sommer*, *R.* (Gießen), Elektrochemische Therapie. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 8, H. 4, S. 351.

387. *Sommer*, *R.* (Gießen), Zur klinischen Diagnostik von Schädelabnormitäten. Wien. med. Wschr. Nr. 1. (S. 92*.)

388. *Soukhoff*, *A. A.*, Contribution à l'étude de la pathologie psychosexuelle. La Gazette psych. no. 6, p. 98.

389. *Southard*, *E. E.*, and *Bond*, *Earl D.* (Boston, Mass. and Philadelphia, Penn.), Clinical and anatomical analysis of 25 cases

of mental disease arising in the fifth decade, with remarks on the melancholia question and further observations on the distribution of cortical pigments. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 4, p. 779.

390. *Southard, E. E.*, and *Canavan, Myrt. M.* (Boston, Mass.), Normal looking brains in psychopathic subjects. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 5, p. 776.

391. *Spaier, M. A.*, L'image mentale. Revue philosoph. no. 3.

392. *Specht, G.* (Erlangen), Krieg und Geistesstörung. Rede beim Antritt des Prorektorates am 4. November 1913. Erlangen, Junge. 17 S. (S. 105*.)

393. *Spielmeyer, W.* (München), Die Diagnose „Entzündung" bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 4—5, S. 543.

394. *v. Stauffenberg* (München), Der heutige Stand der Psychotherapie. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 1291, Nr. 24, S. 1345.

395. *Stein, E.*, Posttraumatische Spätpsychose oder Dementia arteriosclerotica? Prager med. Wschr. Nr. 11.

396. *Stein, G.* (Wien), Grundschema der Geisteskrankheiten. II. Teil. Nach den Vorträgen des K. K. Hofrates Professor Dr. *J. Wagner von Jauregg*. Wien u. Leipzig, J. Šafář. 39 S. 1,20 M.

397. *Steiner, G.* (Straßburg), Der Tierversuch in Psychiatrie und Neurologie. Akademische Antrittsvorlesung. Wiesbaden, C. F. Bergmann. 22 S. 0,80 M.

398. *Stelzner, Helene Friderike*, Aktuelle Massensuggestionen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 55, H. 2. (S. 90*.)

399. *Stendel, W.* (Frankfurt a. M.), Die Hypophysis cerebri. 168 S. VIII. Teil d. Lehrbuches der vergleichenden mikroskopischen Anatomie der Wirbeltiere. Jena 1914, G. Fischer. (S. 86*.)

400. *Stern, F.* (Kiel), Erfahrungen mit dem neuen Schlaf- und Beruhigungsmittel Dial-Ciba. Berl. klin. Wschr. Nr. 27, S. 1263.

401. *Stertz, G.* (Breslau), Zur diagnostischen Bedeutung der Hirnpunktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 21, H. 4, S. 319. (S. 96*.)

402. *Stiller, B.* (Budapest), Asthenie. Orvosi hetilap no. 13—15.

403. *Stoeckenius, W.* (Gießen), Die motorische, speziell sprachliche Reaktion auf akustische Reize bei Normalen, Nervösen und



Geisteskranken. Inaug.-Diss. cf. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. 8, H. 4, S. 283.

404. *Stöcker, W.* (Breslau), Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 23, H. 2—3, S. 121.

405. *Stransky, E.* (Wien), Über krankhafte Ideen. Wiesbaden, C. F. Bergmann. 53 S. 1,60 M. (S. 89*.)

406. *Stransky, E.* (Wien), Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. I. Allgemeiner Teil. Leipzig, F. C. W. Vogel. 257 S. 8 M. (S. 90*.)

407. *Stuchlík, Jar.* (Zürich), Serologie in der Psychiatrie. Revue v. neuropsychop. vol. 11, p. 6. (S. 120*.)

408. *Stuchlík, Jar.* (Zürich), Kasuistischer Beitrag zu Ichtumsstörungen im Sinne *Heverochs*. Časopis českých lékařuv 53, 686, 1914. (Böhmisch.) (S. 120*.)

409. *Stuchlík, Jar.* (Zürich), Über die Möglichkeit der Vererbung sog. „erworbener" pathologischer Eigenschaften. Revue v neuropsychopath. vol. 11, p. 240. Eigenbericht: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R.- u. E.-Bd. 11, H. 3, S. 165.

410. *Subotitsch, W. M.* (Belgrad), Geisteskrankheiten in den Heeren Serbiens, Bulgariens, Griechenlands und Montenegros während und infolge der Balkankriege 1912 und 1913. (Vortrag vor dem 5. Internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskrankheiten in Moskau, Januar 1914.) Med. Klin. Nr. 12, S. 525.

411. *Swift, H.-M.*,(Portland, Maine), L'aliénation et la race. Arch. internat. de Neurol. 36e ann., vol. 1, no. 6, p. 353.

412. *Sztanojevits, L.* (Wien), Kasuistischer Beitrag zur Frage der psychischen Störungen nach Strangulation. Med. Klin. Nr. 20, S. 849.

413. *Taussig, L.* (Prag), Über moderne Biologie in der Psychiatrie. Čas. česk. lék. vol. 53, p. 1273.

414. *Thumm, M.* (Lindenhaus), Über therapeutische Versuche mit Injektionen von Magnesiumsulfat bei psychotischen und epileptischen Zuständen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 1, S. 38. (S. 127*.)

415. *Timme, Walter* (New York), The nature of cutaneous sensation,



with an instrument for its measurement. The American journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 4, p. 226.

416. *Todde*, *Carlo*, Ricerche sulla funzione e sulla struttura delle ghiandole sessuali maschili nelle malattie mentali. Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 1—64, p. 233—300.

417. *Togami*, *K.* (Kiushu), Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel bei Psychosen. 2. Mitt. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 1, S. 42.

418. *Toulouse* et *Mignard*, La théorie confusionelle et l'auto-conduction. Ann. médico-psychol. Nr. 6, juin, p. 641.

419. *Tremmel*, *E.*, (Mainz), Untersuchungen über die faradische Auslösung des normalen und des *Babinski*schen Fußsohlenreflexes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 4 u. 5, S. 472.

420. *Turner*, *Joh.* (Brentwood), The biological conception of insanity. The Journ. of mental science nr. 250 p. 351.

421. *von Valkenburg*, *C. T.* (Amsterdam), Zur lokalen Lokalisation der Sensibilität in der Großhirnrinde des Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 2—3, S. 294.

422. *Valtorta*, *C.* (Como), L'eliminazione dell' azoto e dell' acido urico in stati di eccitamento e di stupore. Il manicomio ann. 28, no. 2—3, p. 167. (S. 112*.)

423. *Vaughan*, *C.* (Ann Arbor), Medicine and civilisation. New York med. journ. nr. of 27th June.

424. *Veit*, *J.* (Halle), Eugenik und Gynäkologie. D. med. Wschr. Nr. 9, S. 420. (S. 99*.)

425. *Vidoni*, *G.*, et *Gatti*, *S.* (Treviso), Sulle abnormità e malattie della cuta ed annexe dei ammalati di mente. Arch. di antropol crim. et leg. no. 2.

426. *Vinchon*, *J.*, Les dangers des pratiques de la sorcellerie moderne. Revue de med. lég. no. 21, p. 33.

427. *Vogt*, *H.* (Wiesbaden), Kritik der psychotherapeutischen Methoden. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 41.

428. *Vollmer*, *Karl*, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. Inaug.-Diss. Kiel.

429. *Wahl* (Pontorson), L'état mental de Catherine de Sienne. Ann. médico-psychol. no. 3, p. 257. (S. 101*.)



430. *Walton*, *G. C.*, Certain phases of the psychoneuroses and their possible trend. Boston med. and surg. journ. no. 7.

431. *Wangerin*, *W.* (Danzig), Abstammungs- und Vererbungslehre im Lichte der neueren Forschung. Med. Klin. Nr. 25, S. 1064. (S. 99*.)

432. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Die Behandlung der Erregungszustände in der Anstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 879.

433. *Wegener*, *E.* (Jena), Weitere Untersuchungsergebnisse mittels des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wschr. Nr. 1, S. 15. (S. 115*.)

434. *Wegener*, *E.* (Jena), Zur Frage der Geschlechtsspezifizität der *Abderhalden*schen Abwehrfermente und über die Beeinflussung der Abbauvorgänge durch Narkotica. Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 1774. (S. 116*.)

435. *Weill*, *E.*, et *Mouriquand*, *G.* (Lyon), Recherches expérimentales sur les dangers d'une alimentation exclusive par les céréales décortiquées. Paris médical no. 34, p. 185.

436. *Weiß*, *Max* (Wien), Zur therapeutischen Anwendung des Hexals. und des Neohexals. Med. Klin. Nr. 42.

437. *Wells*, *F. L.*, Common factors in mental health and illness. The popular science monthly, Dec. 1914, p. 568.

438. *Wells*, *F. L.* (Waverley, Mass.), The systematic observation of the personality — in its relation to the hygiene of mind. The psychol. Review vol. 21, nr. 4, p. 295.

439. *Wernecke*, *W.* (Berlin-Schlachtensee), Das Dial-Ciba, ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel, seine Anwendung bei Psychosen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 10, S. 111. (S. 125*.)

440. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Über die Anwendung des Dauerbades für Psychosen und Neurosen. Med. Klin. Nr. 17, S. 711. (S. 127*.)

441. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Psychiatrie. Über die Prognose in der Psychiatrie. Psychiatrische Übersicht. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, Maiheft. München, J. F. Lehmann. (S. 89*.)

442. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Soziale Lage und Gesundheit des Geistes und der Nerven. Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. der prakt. Med. Bd. 14, H. 6 u. 7. Würzburg, C. Kabitzsch. (S. 102*.)



443. *Weygandt, W.* (Hamburg), Die Behandlung psychischer Erregung in der allgemeinen Praxis. Hamburgische med. Überseehefte Nr. 10.

444. *Weygandt, W.* (Hamburg), Kriegspsychosen. (Ärztl. V. Hamburg, Sitz. v. Nov.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R.- u. E.-Bd. 11, H. 3, S. 180.

445. *Weygandt, W.* (Hamburg), Geisteskrankheiten im Kriege. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 2109, Nr. 43, S. 2152. (S. 124*.)

446. *Wickel, C.* (Dziekanka), Über Geisteskrankheiten im Kriege. Irrenpflege Nr. 9. (S. 106*.)

447. *Wiersma, E. C.* (Groningen), Ein Versuch zur Erklärung der retrograden Amnesie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 4—5, S. 519. (S. 95*.)

448. *Wilhelm, E.* (Amtsgerichtsrat in Straßburg i. E.), Rassenhygiene. Arch. f. soz. Hygiene u. Demographie Bd. 9, H. 3 u. 4. (S. 99*.)

449. *Wille* (Münsterlingen), Das *Abderhalden*sche Dialysierverfahren in der Psychiatrie. (Vortr. a. d. 50. Jahresvers. d. V. Schweizer Irrenärzte.) Ref. *H. W. Maier*-Burghölzli. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R.- u. E.-Bd. 10, H. 5, S. 497.

450. *William, T. A.*, Quelques nouvelles considérations sur les psychonévroses professionelles. Pathogénèse et exemples de traitement. Nouv. Iconographie de la Salp. vol. 7, p. 108.

451. *Williams, B. F.* (Lincoln, Nebr.), Insanity of adolescense. The Alien. and Neurol. vol. 35, nr. 4, S. 414.

452. *Williams, L. L.* (New York), The medical examination of mentally defective aliens: its scope and limitations. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 2, p. 257.

453. *Wolff, Peter*, Zur Ätiologie und Symptomatologie der Zwangsvorstellungen. Inaug.-Diss. Kiel.

454. *Wollenberg, R.* (Straßburg i. E.), Nervöse Erkrankungen der Kriegsteilnehmer. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 2181.

455. *Woodbury, Frank*, The treatment of the insane in the tropics. New York med. journ. vol. 99, nr. 21/22.

456. *Zannini, M.*, Exophthalmus, symptoma del cervello. Gazetta d'ospedali no. 87.

457. *Ziehen, Th.* (Wiesbaden), Über die Behandlung psychopathischer Konstitutionen. Wiener med. Wschr. Nr. 10, S. 362.



458. *Zimkin, J.* (Riga), Familiäre Masturbation. Petersburger med. Ztschr. Nr. 5.

459. *Zoepf, Ludwig*, Die Mystikerin Margaretha Ebner. Beiträge zur Kulturgeschichte des Mittelalters und der Renaissance Bd. 16. Berlin u. Leipzig, G. Teubner. (S. 100*.)

460. *Zuelchaur, W.* (Berlin-Buchholz), Über das Dial-Ciba, ein neues Hypnotikum. D. med. Wschr. Nr. 19, S. 951. (S. 125*.)

I. Allgemeines.

J. Müller-Lyer (272) glaubt mit dem vorliegenden Bande den Grundstein zu einer neuen Lehre, der Soziologie der Leiden, gelegt zu haben. Damit eine Wissenschaft entsteht, muß der Stoff gesammelt und geordnet werden, es müssen die Beziehungen der Dinge festgestellt und schließlich aus dem Gefundenen die Nutzanwendungen gezogen werden. So versucht Verf. in das Chaos der den Menschen bedrohenden Übel oder Leiden Ordnung und Zusammenhang zu bringen. Er teilt sie in zwei große Gruppen, nämlich solche, die vom Menschen selbst ausgehen, und solche, die von der Umwelt drohen. Den Übeln gegenüber verhält sich der Mensch verschieden, je nach der Entwicklungsstufe, auf der er steht. Er sucht sie durch Beschwörungen, Opfer, Gebete abzuwenden, oder er fügt sich stumpfsinnig, oder er greift tätig ein. Die Bemühung, der Übel Herr zu werden, ist gerade für unsere Zeit charakteristisch. Ihr wichtigstes Hilfsmittel ist die soziale Organisation. Je mehr die Erkenntnis der uns drohenden Übel wächst, um so eher sind wir imstande, uns ihrer zu erwehren. Der Naturmensch stand dem Leiden, z. B. Krankheiten, schlimmen Naturereignissen und dergleichen ziemlich hilflos gegenüber. Wir dagegen haben schon vieles überwunden, wir werden auch der zahlreich uns noch bedrohenden Übel Herr werden, je mehr wir uns zu gegenseitiger sozialer Hilfe zusammenscharen.

Das Buch ist flüssig geschrieben und liest sich angenehm. Der Arzt, der ja auch seinen Teil zur Linderung der Leiden beiträgt, wird gern seinen Gesichtskreis erweitern durch einen Blick in das soziale Getriebe, aus dem viele Krankheiten hervorgehen, denen gegenüber er allein mehr oder weniger machtlos ist. *Ganter.*

Allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten (57):

In dem großen Sammelwerk: „Neue deutsche Chirurgie" ist der 11. Band unter obigem Titel erschienen.

Kaufmanns Beitrag umfaßt die „Anatomie und Topographie des Gehirns und seiner Häute". Unter Berücksichtigung der Erfordernisse, die die Arbeit als Teil eines chirurgischen Sammelwerkes bedingt, ist die Darstellung knapp und bündig. Sie wirkt recht anschaulich und liest sich leicht. Vorzügliche Abbildungen, Photographien und schematische Zeichnungen, die zum größten Teile farbig gehalten sind, unterstützen diese Anschaulichkeit sehr.

Brodmann hat die Physiologie des Gehirns bearbeitet. Dies Werk umfaßt mit 339 Seiten den größten Teil des Bandes. Obgleich auch hier auf vor-



wiegend praktische Zwecke Rücksicht genommen werden mußte, ist es eine sehr eingehende, das große Gebiet der Physiologie des Gehirns völlig umfassende Darstellung. Gleich in der Einleitung wird auf die anatomische und physiologische Verschiedenheit der einzelnen Teile des Gehirns, wie sie die Forschung immer mehr hat erkennen lassen, hingewiesen und betont, daß die Gehirnoberfläche kein Einzelorgan darstellt, sondern einen Organkomplex oder Gruppen von Organen einschließt. Es werden dementsprechend die gesamten Lebenserscheinungen des Gehirns, wie sie sich von selbst oder experimentell ergeben, ausführlich geschildert; es wird tief in die Erfahrungen der Klinik hineingegriffen, und es ist dadurch ein Werk geschaffen, das nicht allein dem Fernerstehenden einen Überblick über die Funktionen des Gehirns in seiner Gesamtheit und seinen einzelnen Teilen gibt, sondern auch dem Psychiater und Neurologen ein unentbehrliches Nachschlagewerk werden wird. Entsprechend der Natur dieses komplizierten und noch keineswegs völlig aufgeklärten Gebietes werden nicht etwa nur Tatsachen gegeben, sondern es wird überall auf andere Forscher hingewiesen, die wissenschaftliche Erörterung ausführlich berücksichtigt und zum Schluß ein sehr reichhaltiges Literaturverzeichnis beigefügt. Im einzelnen ist die Einteilung des Werkes folgende: Es werden zunächst die anatomischen Unterschiede verschiedener Hirnteile, ihre Zell- und Faserstruktur, ihre Beziehungen zum Leitungssystem besprochen, und im Anschluß hieran werden die Lebenserscheinungen des Gehirns und ihre Lokalisation in bestimmten Organen geschildert. Der anatomische Teil beginnt mit *Brodmanns* ureigenstem Gebiete, dem Zell- und Faserbau der Rinde, dem sich eine Schilderung der Rindengliederung nach der Markreifung und die eingehende physiologische Anatomie der Leitungsbahnen anschließt. — Der zweite Teil: „Die spezielle Physiologie der einzelnen Hirnabschnitte", beginnt mit der Darstellung der motorischen Verrichtung des Gehirns, läßt die Schilderung der sensiblen Verrichtungen folgen und geht dann über zu den Sinnesverrichtungen, dem Gesichts- und Gehörssinn. Diesem schließt sich ein Kapitel über das Stirnhirn an. Das 8. Kapitel gibt in knapper, aber anschaulicher Form einen Überblick über die Agnosie und Apraxie; das 9. Kapitel behandelt „Die Sprache und die Aphasie". Bei der Apraxie unterscheidet *B.* die ideatorische und die motorische, mit den beiden Unterformen, die ideokinetische und die gliedkinetische Apraxie. Die ideokinetische entspricht der *Liepmann*schen oder motorischen Apraxie im engeren Sinne.

In dem Kapitel über die Aphasie geht *B.* von dem immer noch am meisten das Verständnis fördernden Schema von *Wernicke* und *Lichtheim* aus. Bei der Verschiedenheit der Auffassung aphasischer Erscheinungen sei seine Einteilung hervorgehoben: 1. Vollständige sensorische Aphasie (kortikale sensorische Aphasie *Wernickes*). 2. Reine Worttaubheit (subkortikale sensorische Aphasie). 3. Vollständige motorische A. (kortikale mot. Aphasie; *Broka*sche A.). 4. Reine Wortstummheit (subkort. mot. A. *Wernickes*). 5. Die Totalaphasie. 6. Die Inselaphasie (Leitungsaphasie *Wernickes*). 7. Die transkortikale A. Bei der schwierigen Frage der Lokalisation der aphasischen Erscheinungen beschränkt sich *B.* unter Schilderung der hauptsächlichsten Sprachregionen rein auf die Erfordernisse der chirurgischen Praxis. Angegliedert ist diesem Kapitel eine Abhandlung über die Schrift-



sprache und ihre Störungen und über die musikalischen Fähigkeiten und die Amusie. — Im 10. Kapitel wird das zentrale Mark mit der inneren Kapsel und dem Balken behandelt. Dann folgt die Physiologie und Anatomie der zentralen Ganglièn. Ausführlich sind die sämtlichen klinisch-pathologischen Erscheinungen dieser Gebilde, die feststehenden und die nur vermuteten, und die Ergebnisse der experimentellen Forschung wiedergegeben. Dasselbe gilt von dem Kapitel über die Verrichtungen des Kleinhirns und seiner Bahnen, das wieder mit einer ausführlichen Anatomie beginnt. Die theoretischen Erörterungen über die Bedeutung des Kleinhirns nehmen diesmal einen etwas größeren Raum ein. Es wird eine motorische, sensorische und sensomotorische und koordinatorische Theorie besprochen. Im Gebiete der klinisch-pathologischen Physiologie des Kleinhirns werden die *Barany*schen Untersuchungen und Theorien eingehend berücksichtigt. Im 13. Kapitel werden die zerebralen Reflexe behandelt, und zum Schluß wird noch einmal ein Überblick über die verschiedene Funktion der beiden Gehirnhälften und über die Stellung einer jeden Gehirnhälfte zu der Motilität, der Sensibilität und den körperlichen Verrichtungen gegeben.

Zahlreiche gute Abbildungen sind durch das ganze Werk verstreut.

Hauptmann hat als speziellen Teil das Kapitel über Hirndruck bearbeitet. Nach einer Schilderung der Physiologie der Blut- und Liquorzirkulation, bei der auf alle Anschauungen über die Entstehung des Liquors und der Zirkulation des Liquors und des Blutes und auf die Ergebnisse experimenteller Untersuchungen hingewiesen wird, bespricht *Kaufmann* den chronischen Hirndruck (Compressio cerebri) und die akute Hirnpressung (Hirnerschütterung, Commotio cerebri). Über die Kompressibilität des Gehirns sagt *K.*, daß die Gehirnsubstanz nicht kompressibel, das Gehirn als Organ aber ausdrückbar sei. Die Volumverkleinerung kommt zustande durch Auspressen der Gewebsflüssigkeit und durch das Auspressen der Gefäße. In der Pathogenese des chronischen Liquordruckes werden eingehend die Ergebnisse der von den verschiedensten Forschern angestellten experimentellen Untersuchungen geschildert und die eigenen Untersuchungen angeführt, durch die *Kaufmann* feststellen will, ob die Hirndruckerscheinungen eine Folge der Zirkulationsstörungen in der Schädelkapsel sind oder ob sie durch eine Kompression der Gehirnsubstanz selbst verursacht sind. Es wird dann die Symptomatologie, die Diagnose und die Therapie besprochen. — Die akute Hirnpressung, die Hirnerschütterung, die Commotio cerebri wird als eine besondere Form des Hirndrucks aufgefaßt. Ihre Symptome zeigen die Übereinstimmung mit den durch plötzliche Unterbrechung der Zirkulation bedingten Kommotionssymptomen; ihr Wesen besteht in einer akuten Druckerhöhung innerhalb der Schädelkapsel, die durch die elastische Nachgiebigkeit des Schädels zustande kommt. Es werden ausführlich die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen über das Wesen der Hirnerschütterung und die experimentellen anatomischen Arbeiten (*Jacob*) wiedergegeben. Es ist zweifelhaft, ob es eine Form der Commotio gibt, die ihr Entstehen nur den Zirkulationsstörungen verdankt; denn gerade die Untersuchungen *Jacobs* zeigen, daß es eigentlich bei jeder Commotio zu anatomischen Verletzungen kommt. *Grimme.*

Stendel (399): Bei dem Interesse, das der Funktion der Hypophyse und ihrer



Bedeutung für das psychische Leben des Menschen immer mehr entgegengebracht wird, ist die Herausgabe einer vergleichenden Anatomie dieses Organes von großem Werte. Es wird ausschließlich die Mikroskopie des Organes von dem ersten Erscheinen bei den Wirbeltieren bis zu den Menschen hin behandelt. Diese Nebeneinanderstellung und die vergleichende Entwicklung des Organes liefert für die Fragen nach der Bedeutung mancher Einzelheiten im Bau des Organes, z. B. des Zwischenlappens, der Kolloidsubstanz u. a. wertvolle Hinweise. Eine besondere Abhandlung wird der Rachenhypophyse gewidmet. Zum Schluß wird die ausschließlich mikroskopische Beschreibung verlassen und noch eine Betrachtung über die Sekretwege hinzugefügt, deren Verständnis auch durch die vergleichende Betrachtung erleichtert wird.

Das Werk ist mit zahlreichen, schwarz gehaltenen, sehr deutlichen mikroskopischen Abbildungen und Zeichnungen versehen und hat zum Schluß ein sehr reichhaltiges Literaturverzeichnis und Autorenregister.

Für klinische, physiologische Arbeiten wird das Werk eine wertvolle Unterstützung liefern können. *Grimme.*

Jungs (188) akademischer Vortrag erscheint in zweiter Auflage. Der Zweck des Vortrages war der: „dem gebildeten Laienpublikum einen Begriff vom psychologischen Standpunkt in der modernen Psychiatrie zu vermitteln". Es geschieht dies durch eine kurze, psychologische Analyse einiger kurzdauernder Psychosen und der „unsinnigen" Wahnideen bei einer wohl am besten in das Gebiet der Dementia praecox einzureihenden chronischen Erkrankung. Die Beispiele und ihre Analyse sind ohne Frage imstande, einen psychologischen Einblick in scheinbar völlig verwirrte psychische Zustände zu geben. Man mag zu der psychologischen Schule stehen, wie man will; das eine muß man immer wieder zugeben, daß sie sehr befruchtend für das Verständnis manches Symptomes und mancher psychischen Zustände gewesen ist und auch weiterhin sein wird.

Diese zweite Auflage des Vortrages erscheint jetzt mit einem Nachtrage, in dem *Jung* eine Erweiterung der psychologischen Forschung kurz skizziert. Es ist dies eine sogenannte „konstruktive Methode", die aus dem Bedürfnis erwachsen ist, zu wissen nicht allein, wie das Werk entstanden ist, sondern auch, was es bedeutet. Denn wie die Seele des Menschen nicht nur etwas Gewordenes ist, sondern auch etwas sein will, etwas Lebendes ist, das nicht mit der Kenntnis von seiner Entstehung allein verstanden ist, so meint er, daß auch ein Wahnsystem nicht allein durch die Zurückführung auf erste und primitive psychologische Störungen und Entartungen verstanden wird, sondern daß der Kranke mit ihm etwas ausdrücken, etwas erstreben will. *Freuds* Standpunkt ist ein retrospektiver und objektiver, insofern er lehrt, daß das, was mit dem Wahnsystem zum Ausdruck kommen soll, vielfach auf die phantastische Befriedigung infantiler Wünsche hinausläuft. *Jung* sieht aber in dem Wahnsystem etwas Subjektives, insofern die Kranken geradezu zwangsmäßig sich eine eigene Weltanschauung zu erwerben streben. Dieses „Wesen der seelischen Strebung" zu erforschen, soll *Jungs* konstruktive Methode dienen, die in kurzen Umrissen skizziert wird. *Grimme.*

Anile, La salute del pensiero. Bari 1914. 181 S.

(10): Das Buch bildet einen Bestandteil der von dem Verlag Laterza heraus-



gegebenen „Goldenen Bücherei“. Es enthält eine geistreiche Darstellung über das Denkvermögen, seine Entwicklungsgeschichte in der Menschheit und beim Individuum, seine Beziehung zum Körper und Gehirn. Es schildert die Errungenschaften, die wir dem Denken verdanken, es gibt Anweisungen zur Bildung und Pflege des Denkvermögens. Es bespricht zum Schlusse, allerdings mehr vom philosophischen Standpunkt aus, die Störungen des Denkvermögens und die Aufgaben des Arztes.
Ganter.

Bunnemann (61). Abhandlung über die in der Literatur zur Veranschaulichung der psychischen Tätigkeit gebrauchten Ausdrücke Kraft, Mechanik der Seele und Energetik und Darlegung der eigenen Ansicht über die behandelten Probleme. *Grimme.*

Horstmann (170) zeigt, wie unser ganzes Gefühls- und Vorstellungsleben von gewissen Grundprinzipien der Gegensätzlichkeit beherrscht wird. Er spricht von einer „Polarität der Bewußtseinserscheinungen“, die sich im Fühlen, Wollen und Vorstellen kundgibt und „die Grundlage bildet für den Zug ins Negative, d. h. sowohl für alle die Paradoxien, die wir täglich an Gesunden erleben, als auch für alle konträren Auffassungen und Antriebe der kranken Seele“. Im Gefühlsleben tritt diese Gegensätzlichkeit besonders deutlich hervor. Ein Gefühl wird in uns nur lebhaft, wenn es in einen Gegensatz zu einem andern Gefühle tritt. Lust und Unlust liegen dicht beieinander und sind oft miteinander verquickt. Die Steigerung der Intensität der Empfindung kann aus einem Lust- ein Unlustgefühl machen. Diese „Neigung zum Invertieren“ hält *Horstmann* für ein besonderes disponierendes Moment für die Entstehung konträrer Strebungen. Auch bei der Entstehung einer Willenshandlung spielt der sich ständig vollziehende Ausgleich von Gegensätzen eine auffällige Rolle. Die Willenshandlung ist das Ergebnis eines Kampfes von Antrieb und Gegenantrieb, von Begehren und Widerstreben, so daß *Horstmann* von einer „Labilität des Gleichgewichtes der Willensfunktion“ spricht. Die konträren Strebungen sind beim Kinde besonders auffallend. Der Negativismus des Kindes ist notwendig für den Ausbau seiner Persönlichkeit. Ebenso besteht im Denken das Prinzip der Polarität. „In dem wachsenden Ausgleich inhaltlich divergierender Vorstellungen liegt der Fortschritt der Erkenntnis.“ In der Wirkung, die der Gegensatz zweier Dinge zueinander immer auf unser Empfinden und Erkennen auszuüben pflegt, erblickt *Horstmann* die Grundlagen für das Entstehen der konträren Strebungen. Diese Grundzüge unserer Denkweise sieht *Horstmann* in allen höheren geistigen Prozessen wieder, in sozialen und sittlichen Anschauungen, in religiösen und mystischen Anschauungen, in der Dichtung und in der Kunst.
Grimme.

Bleuler (39). Vortrag über die eigentümliche Erscheinung der Gegensätzlichkeit im Denken und Gefühlsleben. Die Ambivolenz reicht weit in unser normales Leben hinein, wenn man auch nicht überall von Ambivolenz sprechen kann, wo sich Gegensätze zeigen, oder wo unser Hoffen und Streben durch das mehr oder weniger deutliche Bewußtwerden des Entgegengesetzten oder Nichtvorhandenen geleitet wird. Die Ambivolenz zeigt sich in der Sexualität, wo die Hemmungen einen Bestandteil des positiven Triebes selber bilden; sie ist im Traum von größter

Bedeutung, zeigt sich in der Dichtung und der Mythologie und ist in Gestalt der psychischen Konflikte in vielen Fällen die Grundlage von Psychoneurosen. In der Schizophrenie ist sie so ausgeprägt, „daß man versucht ist, zu vermuten, es seien ausschließlich ambivolente Komplexe, die sich Zugang in die Wahngedanken verschaffen und eventuell sogar das Manifestwerden der Krankheit bedingen können“.

Grimme.

Stransky (405) hat sich die Aufgabe gestellt, auch dem Nichtpsychiater Einblick in die verschiedenen Arten krankhafter Ideenbildung und ihre Bedeutung und ihren Zusammenhang mit andern psychischen Lebenserscheinungen zu geben. Diese Aufgabe ist vorzüglich gelöst. In zwangloser Gruppierung werden alle in Betracht kommenden Gesichtspunkte besprochen, die Bedeutung krankhafter Ideenbildung entsprechend hervorgehoben und auf ihren innigen Zusammenhang mit vielen Erscheinungen auch des nicht krankhaften Lebens hingewiesen.

Frankhauser (104) erklärt das Gedächtnis als eine unter dem äußeren Reiz entstehende chemische Umsetzung der Zellflüssigkeit, die in abgeschwächter Form den Reiz überdauert, bei der also Spaltungsprodukte, Energone, entstehen, die ihrerseits den in den Nervenenden durch den von außen kommenden Reiz bewirkten Erregungszustand gleichfalls in abgeschwächter Weise unterhalten. Hierbei ist das Seelenleben an die Nervenendigungen gebunden, und die Zellen sind Kraftspender, die das für die Erhaltung der Nervenenergie nötige Material zu liefern haben. Die Nervenzellen unterliegen in ihrer chemischen Konstitution dem Gesetz der spezifischen Energie; jede Zelle hat ihre spezifischen Energone. Der Komplex der Energone, die infolge der assoziativen Verknüpfung der Zellen das gesamte Erinnerungsbild darstellen, also das durch die aktivierenden Energone bedingte Energiesystem, wird Energid genannt. Im Mechanismus der Erinnerung ersetzt der Energonenreiz den Originalreiz. Diese Energone werden durch die Keimzellen vererbt, werden aber erst dann aktiv, wenn der Nachkomme das gleiche Entwicklungsstadium erreicht hat, wie der Vorfahr, als der Originalreiz die Energone bildete. Die Wirkung der Energone wird verglichen mit der der Hormone, den Aktivierungskörperchen der inneren Sekretion. Auch die Immunisierung beruhe auf Reizvorgängen, bei denen die Energone eine Rolle spielen. Hier sind sie eine Folge des Verlustes an Protoplasma, der dadurch entsteht, daß gewisse Zellbestandteile durch die Toxine inaktiviert und für die Zelle damit wertlos werden. Dieser Verlust schafft einen Regenerationsreiz, an dessen Stelle die Energone treten. Ebenso zeigt *Frankhauser*, daß die Energonenlehre auch der Bastardforschung zugrunde gelegt werden kann.

Grimme.

Weygandt (441). Ausführliche Besprechung der Prognose der einzelnen psychischen Krankheitsformen auf Grund der Ergebnisse der neueren Forschungen und Behandlungsmethoden und kurze Übersicht über die wichtigsten Teile der psychiatrischen Literatur des letzten Jahres.

Grimme.

Anton (11) behandelt in seinen „Vorträgen“ die Themen: „Gehirnbau und Seelenkunde“, „Über gefährliche Menschentypen“, „Wiederersatz der Funktion bei Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes“, „Ärztliches über



„Sprechen und Denken“, „Geistige Artung und Rechte der Frauen“. Er wendet sich mit seinen Ausführungen besonders an Ärzte, Erzieher und Eltern und orientiert in kurzer, knapper Form über alle wichtigen, einschlägigen Fragen

Stelzners (398) Schrift ist eine sehr anregende und gewandt geschriebene Arbeit, die als aktuelle Massensuggestionen namentlich die im Beginne des Krieges in Deutschland aufgetretenen psychischen Epidemien, die Spionenfurcht, die Furcht vor der Hungersnot, den Goldgeiz und den englischen Suffragettenskandal einer Untersuchung unterzieht. *Grimme.*

Loewenfeld (237) unterwirft die Ereignisse, die sich seit Kriegsbeginn vor unseren Augen abspielen, einer feinsinnigen Kritik; er erklärt und entwickelt sie aus dem Nationalcharakter und seinen krankhaften Auswüchsen. Bei der Schilderung der nationalen Charakterzüge wird auf die Bedeutung der Eitelkeit, der erhöhten Emotivität und Suggestibilität der Franzosen für das politische Leben der Nation gebührend hingewiesen.

Friedländer (109) gibt in knappster Form eine kurze Übersicht über wichtige neurologische und psychiatrische Fragen, wie sie täglich an den Feldarzt herantreten können; er will damit auch den auf diesen Gebieten weniger Erfahrenen instand setzen, sowohl in therapeutischer wie prophylaktischer Beziehung rasch und sachgemäß zu handeln.

Stransky (406) widmet sein Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie Studenten und praktischen Ärzten. Die besondere Art der Darstellung, die lebhaften affektvollen Schilderungen gewinnen dem Buch sicher auch weitere Kreise. Bei der kurzen, prägnanten Behandlung der allgemeinen Symptomatologie verdienen die zahlreichen geschickten Hinweise auf die Beziehungen der Symptome zu den einzelnen Krankheitsbildern besonders hervorgehoben zu werden. Im pharmakologischen Anhang gibt *Karl Ferri* eine ausführliche, vorzügliche Übersicht über alle für den praktischen Psychiater wichtigen Arzneimittel und ihre Anwendungsweise.

Raeckes (326) Grundriß der psychiatrischen Diagnostik liegt in fünfter Auflage vor. Im Anhang sind auch die österreichischen Gesetzesbestimmungen kurz berücksichtigt. Das überall eingeführte handliche und übersichtliche Buch bedarf keiner besonderen Empfehlung mehr.

Rollers (341) Buch will dem angehenden Psychiater ein Führer, dem praktischen Arzt ein Wegweiser sein. Der erste Teil behandelt die „psychische Untersuchung“ und gibt dabei eine kurze Darstellung von *Ziehens* Assoziationspsychologie. Der zweite Teil macht auf alles aufmerksam, was für die körperliche Untersuchung in Frage kommt. Die Übersicht über die Intelligenzprüfungsmethoden und die Sprachstörungen verdienen besondere Beachtung.

Jolly (182) hat sich die Aufgabe gestellt, eine zwischen den ausführlichen Darlegungen der großen Lehrbücher und den kurzen Angaben der Kompendien die Mitte haltende Darstellung des Stoffes auf dem Boden eines mittleren Standpunktes unter Betonung der allgemein anerkannten Tatsachen und möglichster Vermeidung theoretischer Erörterungen zu liefern. Man kann zweifelhaft sein, ob ein so umfangreicher und schwieriger Stoff zweckmäßig in dieser Form bearbeitet wird. Immerhin



muß anerkannt werden, daß der in erster Linie für den Studierenden und den praktischen Arzt bestimmte Leitfaden die obige Aufgabe erfüllt. Er behandelt nach einer kurzen historischen Übersicht über die Entwicklung der Psychiatrie zunächst die allgemeine Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten, schildert dann deren Verlauf und Prognose und allgemeine Therapie. Im Anschluß hieran werden die wichtigsten, für den psychiatrischen Sachverständigen in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen aufgeführt. Der zweite Teil enthält die spezielle Psychiatrie und schildert die einzelnen klinischen Krankheitsformen; gleichmäßig werden Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose, pathologische Anatomie, Therapie und eventuelle forensische Bedeutung gewürdigt. Der Leitfaden berücksichtigt besonders die Anschauungen der Kieler und Hallenser Klinik.

Gregor (134) „will eine Anleitung geben, nach welchen Seiten die psychiatrische Untersuchung vorgenommen werden soll, dem Anfänger zur Einstellung auf abnorme psychische Phänomene verhelfen und ihn lehren, sein allgemein medizinisches Wissen für psychiatrische Fragestellungen zu verwerten, objektive Befunde zu erheben, Ätiologie und Anamnese auszunutzen"; er hat diese Aufgabe in hervorragender Weise gelöst. In anregender, kurzer, überaus klarer Form wird die allgemeine und spezielle Diagnostik abgehandelt, und zwar im großen und ganzen nach *Kraepelin*schen Anschauungen.

Pappenheim und *Groß* (302) geben eine kurze Darstellung der Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters und behandeln dabei ausführlicher die Psychopathien und die Dementia praecox. Die Verf. wollen vor allem den Blick des Praktikers für die treffend herausgehobenen Frühsymptome der Erkrankungen schärfen und so dazu beitragen, daß bei auffälligen Symptomen die Kranken möglichst bald dem sachkundigen Arzt zugeführt werden.

Klieneberger (206) geht kurz auf die Anatomie und Physiologie der Pubertät ein, schildert dann die nervösen und psychischen Erscheinungen der Pubertät bei normalen und pathologischen Individuen und berücksichtigt hierbei besonders die Psychopathen. Beachtung verdient der Hinweis, daß die Erscheinungen und Störungen der Pubertät oft so gering sind, daß sie nicht immer als Störungen imponieren; dann können sie vor allem durch zweckentsprechende Behandlung seitens der Eltern und Lehrer in ihren Wirkungen und Folgen außerordentlich eingeschränkt werden.

Hansemanns (142) Werk ist ein Band aus der großen Sammlung: „Aus Natur und Geisteswelt". Es erscheint in zweiter und weitgehend umgearbeiteter Auflage. Das Buch entstand aus Vorträgen, die *Hansemann* auf Veranlassung des Vereins für volkstümliche Kurse in Berlin hielt und in denen er sich an ein im allgemeinen weniger vorgebildetes Publikum wandte. Er machte aber die Erfahrung, daß seine Schrift von allen Volkskreisen begehrt wurde. Dies kann man verstehen, wenn man die Reichhaltigkeit des Inhalts kennen gelernt hat. In den größeren Kapiteln: „Der Aberglaube im allgemeinen und seine Entstehung"; „Aberglaube und Geburt"; „Aberglaube und Krankheiten" mit den Unterabteilungen „Aberglaube bei den Geschlechtskrankheiten" und „Aberglaube bei den Geisteskrankheiten"; „Aber-

glaube in der Heilkunst"; „Aberglaube und Kurpfuscherei" werden so viel Einzelheiten geboten, daß das Werk jedem empfohlen werden kann, der sich über das Gebiet des Aberglaubens unterrichten will. *Hansemann* gibt aber nicht nur eine Kritik, sondern sucht auch aufklärend zu wirken, indem er überall, soweit es möglich ist, eine klare Auskunft über medizinische Dinge gibt. Die Sprache ist eine flüssige und leichte. *Grimme.*

Sommer (387) hält eine Betrachtung abnormer Schädelformen nicht nur vom Standpunkt der Statistik und unter dem Begriff eines Entartungszeichens, sondern mehr noch vom Standpunkt der Erklärung ihrer Entstehung und des pathogenetischen Zusammenhanges mehrerer solcher Formen für nötig. Er hat hiernach eine Gruppe abgesondert, bei der als Kern einer ganzen Reihe von Abnormitäten eine Verwachsung einer Koronarnaht, in einigen Fällen auch beider Koronarnähte sich zeigt. An der Seite der Nahtverknöcherung ist das Stirnbein und Scheitelbein weniger entwickelt, und die Pfeilnaht verläuft in der Weise schief, daß das vordere Ende nach der der verknöcherten Koronarnaht entgegengesetzten Seite gerichtet ist. Er gibt diesen Schädeln den Namen „pathologische Schiefköpfe". In mehreren Fällen fand sich diese Schädelform bei Kranken mit epileptischen und epileptoiden Erscheinungen. *Sommer* bringt beides in Zusammenhang miteinander und hält sie für morphologische und funktionelle Folgezustände einer in früherer Entwicklung erworbenen Gehirnstörung, die sekundär das Schädelwachstum in Mitleidenschaft gezogen hat. Derartige Krankheitsbilder müßten aus der Gruppe der genuinen Epilepsie herausgenommen werden. *Grimme.*

Jaeger (179) hat mittels planimetrischer Messungen den Kubikinhalt der Rinden- und Marksubstanz berechnet. Als durchschnittliche Werte für die Rindenmasse fand er 546—580 ccm, und für die Markmasse 400—490 ccm. Bei Kindern ist die Marksubstanz gering entwickelt, während die Rindenmasse fast normale, den Erwachsenen entsprechende Werte aufweist. Das normale Verhältnis von Mark und Rinde beträgt 45,5 : 54,5. Bei den Paralysen ist teilweise eine Verschiebung der Verhältniszahlen vorhanden. Es lassen sich Atrophien einzelner Teile sehr wohl feststellen, und man kann herdförmige Schrumpfungen leicht lokalisatorisch bestimmen. Das Kleinhirn und die zentralen Ganglien sind nicht mit berechnet. *Grimme.*

Kisch und *Remertz* (202) kommen zu folgenden Ergebnissen: Bei gesunden Menschen ist die Oberflächenspannung des Blutserums und des Liquors eine konstante Größe, auf die Alter und Geschlecht ohne Einfluß sind. Bei der Dementia praecox, der Epilepsie im anfallfreien Stadium, der Paralyse und der Taboparalyse hat das Serum eine normale Oberflächenspannung. Die *Wassermann*sche Reaktion war ohne Einfluß auf die Oberflächenspannung des Serums und Liquors. *Grimme.*

Loewy und *Placzek* (238) haben im pneumatischen Kabinett die Wirkung der Luftverdünnung, die einer Höhenluft von 4000—4500 m entsprechen würde, auf die psychische Leistungsfähigkeit untersucht. Bei Luftverdünnungen, bei denen körperliche Veränderungen in zum Teil recht beträchtlichem Maße in Erscheinung traten, blieben die psychischen Funktionen noch auffallend gut. *Grimme.*



Münzer (273). Anregende Erörterung über die psychische und körperliche Entwicklung des Menschen, veranlaßt durch Fälle, in denen ein grobes Mißverhältnis zwischen der Entwicklung des Geistes und Körpers vorliegt und die zu der Annahme zwingen, daß die endgültige Ausbildung des Gehirns unter ganz anderen Bedingungen verläuft, als die der übrigen Körperorgane Es besteht nur eine scheinbare Kongruenz zwischen körperlicher und geistiger Reife. *Grimme.*

Mingazzini (262). Es handelt sich um eine kurze Betrachtung über die Gehirnentwicklung bei genialen Menschen unter Erwähnung vieler anatomischer Befunde und über die Stellung des Genies gegenüber der Degeneration. *Lombrosos* Lehren werden bestritten. *Grimme.*

Fuchs (116). Sehr anregende Abhandlung über die Charakterentwicklung des Einzelmenschen, des Durchschnittsmenschen und des Genies, der Entstehung der Masse und ihr Verhältnis zu ihren Führern. Treffend ist die Schilderung der Masse sowohl in ihrer stumpfen Ruhe wie in der Aktivität. Nur wird man ihm nicht unbedingt zustimmen können, wenn er die Entstehung der Individualität nur ein Zufallsprodukt nennt. *Grimme.*

Eulenburg (93) hat in den letzten vier Jahren alle Notizen über Selbstmordfälle von Personen unter 20 Jahren aus den größeren Tageszeitungen gesammelt und so 323 Fälle zusammenstellen können. Die interessanten Ausführungen geben wertvolle Aufschlüsse bezüglich Alter, Geschlecht, Todesart und Motive und behandeln auch die Frage, was zur Vorbeugung und Verhütung dieser traurigen Vorkommnisse von Schule und Haus geschehen kann und muß.

Epsteins (92) Abhandlung hat die Auswanderung nach Amerika zum Gegenstand, die seit Einführung der strengen Kontrolle der Auswanderer wegen der Zurückweisung der Geisteskranken auch psychiatrisches Interesse gewonnen hat. *Epstein* gibt Zahlen über das prozentuale Verhältnis zwischen der Zahl der Geisteskranken und der der Auswanderer. Es kommen die Erkrankungen in Frage, die schon bei der Überfahrt entstehen, und die, die erst in den ersten Jahren nach der Landung zum Ausbruch kommen. Auch diese geben den Amerikanern das Recht, die Kranken wieder auszuweisen. Die Zahl der Erkrankungen ist bei den aus den nordwestlichen Gebieten Europas stammenden Auswanderern größer als bei den aus den südöstlichen Teilen kommenden. Den größten Prozentsatz geben die Juden ab. *Epstein* glaubt unter den klinischen Formen besondere Typen unterscheiden zu können, je nach der Entstehung der Erkrankung entweder während oder gleich nach der Überfahrt oder erst nach längerem Aufenthalt im Lande. Die ersteren sollen einen amentiaartigen Charakter haben und die Erlebnisse der Fahrt widerspiegeln; während die späteren Erkrankungen mehr manischen, depressiven oder paranoischen Charakter haben sollen. Für die erste Gruppe wendet *Epstein* die Bezeichnung „Auswandererpsychose“ an. *Grimme.*

Krueger (217) hat aus dem Krankenmaterial der Heil- und Pflegeanstalt Königslutter an 58 Familien gewisse in das Gebiet der Vererbung der Geisteskrankheiten gehörende Fragen zu beantworten versucht. In diesen 58 Familien wurden 213 Geisteskranke und 29 Psychopathen gezählt. Sie sind nach dem Verwandtschaftsgrade eingeteilt in solche Familien, in denen Aszendenten und Deszendenten,

solche, in denen Geschwister, und solche, in denen kollaterale Blutsverwandte erkrankt waren. Er fand, daß Aszendenten und Deszendenten in der Regel an ungleichartigen Psychosen erkrankten, während Geschwister meist und Zwillinge fast immer an den gleichen Geistesstörungen leiden. Die Vererbung erfolgt also nach dem Prinzip des Polymorphismus, der die Tendenz zeigt, unter den Nachkommen prognostisch ungünstigere Krankheitstypen hervorzubringen. Die Stufenleiter der psychischen Erkrankungen steigt an von den psychopathischen Grenzzuständen zu den funktionellen Psychosen, weiter zu den endogenen Verblödungsprozessen und schließt mit den angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinnszuständen und der Epilepsie. Hierauf folgt die Sterilität. Es werden also keine bestimmte Formen vererbt, sondern nur die Disposition zu Geisteskrankheit überhaupt. Hierbei überwiegt der väterliche Einfluß besonders bei der Übertragung auf Söhne, während Töchter häufiger von seiten der Mutter belastet werden als ihre Brüder. *Grimme.*

Redlich (328) hat 6000 Fälle der Privatpraxis nach gewissen statistischen Gesichtspunkten verglichen mit den Ergebnissen der Statistik anderer Verfasser über die in den allgemeinen Krankenanstalten behandelten Nerven- und Geisteskrankheiten. Er richtete vor allen Dingen seine Aufmerksamkeit darauf, in welchem Verhältnis die beiden Geschlechter erkrankten. Es sei folgendes aus den reichen Ergebnissen hervorgehoben: Die Morbidität der Männer an Nerven- und Geisteskrankheiten ist im allgemeinen größer als die der Frauen. Besonders deutlich tritt dies in der Privatpraxis hervor. Die Frauen erkranken dabei häufiger an Psychosen und Psychoneurosen, was dem Durchschnitt der gesamten Nerven- und Geisteskranken entspricht; an Nervenkrankheiten dagegen erheblich seltener. Die Männer erkranken an jenen Krankheiten häufiger, für die exogene Schädlichkeiten ätiologisch hauptsächlich in Frage kommen, während die Frauen relativ und absolut dort eine größere Morbidität aufweisen, wo in erster Linie endogene Faktoren maßgebend sind. 14% der gesamten Fälle der Privatpraxis waren syphilogene Erkrankungen. Das Verhältnis der Männer zu den Frauen betrug hierbei 100 : 10. Die Tabes war doppelt so stark vertreten wie die Paralyse. Bei den Frauen war dagegen die multiple Sklerose die am meisten vorkommende Spinalerkrankung. Die progressive Paralyse betrug ein Viertel der Fälle. Der Prozentsatz bei den Männern betrug 39,7%, bei den Frauen 4,4%. Das Überwiegen der multiplen Sklerose spricht nach *Redlich* gegen die Annahme, daß chronische Vergiftungen, speziell solche gewerblicher Natur, bei ihrer Entstehung eine wesentliche Rolle spielen. Unter den Nervenerkrankungen überwog die Trigeminusneuralgie; bei den Frauen mehr als bei den Männern. Bei der Arteriosclerosis cerebri überwogen gleichfalls die Erkrankungen bei den Männern; während die *Basedow*sche Krankheit zu den „weiblichen" Erkrankungen gehört. Unter den Psychosen spielten, abgesehen von der Paralyse, die Depressionszustände, die dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet werden mußten, eine große Rolle. *Grimme.*

Brero (51). Ausführliche Übersicht über die in den Tropen vorkommenden Nerven- und Geisteskrankenheiten, in der manches erwähnt wird, was nicht allgemeiner bekannt sein dürfte. Es werden besprochen der Begriff des Tropenkollers, eine Neurose, genannt Latah, bei der gegen den Willen und trotz lebhaften Unlust-



gefühles der Kranken Bewegungen (Handlungen und Laute) zur Ausführung gebracht werden; dann eine Rhinitis spastica vasomotorica; ferner der Hitzschlag, der Sonnenstich, die Hitzeerschöpfung, die Heizerkrämpfe und die Hitzepsychosen. Unter den Geisteskranken werden die allgemeinen Psychosen besprochen, ferner als besondere Eigentümlichkeiten der Amok und eine sexuelle Perversion, der Schamanismus; unter der allgemeinen Ätiologie die Malaria, das Maltafieber, Beriberi, Ankylostomiasis, der Haschisch, Alkohol und Opium. *Grimme.*

R. Müller-Freienfels (271). Psychologische Erklärung des Zustandekommens einer Illusion nach den neueren Anschauungen, die die aus der Assoziationslehre stammende Bedeutung der „Vorstellungen im Sinne der Reproduktion“ nicht gelten lassen und diesen Begriff durch Ausdrücke wie „Gedanken“, „Einstellungen“ ersetzen wollen. *Müller-Freienfels* sieht das Eigenartige in diesen neuen Begriffen in affektiven und motorischen Vorgängen. Eine Wahrnehmung kommt nicht zustande durch die Verbindung einer Empfindung mit einer Vorstellung, d. h. einer reproduzierten Empfindung, sondern durch eine Stellungnahme unserer Person, die passiv durch die Erregung unserer Gefühle im weiteren Sinne und aktiv infolge einer motorischen Reaktion bedingt ist, einerlei, ob je eine Vorstellung von dem betreffenden Objekte dagewesen ist oder nicht. Oft wird erst die Aufmerksamkeit durch das Fehlen einer Vorstellung erregt. Die Illusion kommt hiernach nicht dadurch zustande, daß Vorstellungen zu den Empfindungen hinzutreten und sie abändern, sondern durch eine inadäquate Stellungnahme zu einem äußeren Eindruck, die durch affektive Vorgänge bedingt ist. Ähnliches liegt der Personenverwechslung und der eigentümlichen Täuschung, die darin besteht, daß man glaubt, bestimmte Situationen schon einmal durchlebt zu haben, zugrunde. *Grimme.*

Wiersma (447) hat zur Erklärung der retrograden Amnesien Versuche darüber angestellt, wie die Wahrnehmung eines schwachen Lichtreizes durch einen gleich nachfolgenden starken Lichtreiz beeinflußt wird. Er konnte eine Hemmung dieser Wahrnehmung feststellen. Er hält diese Hemmung für eine psychogene und nähert sich damit der Auffassung von *Möbius* über das Wesen der Amnesien. Daß die älteren Erinnerungen wieder in das Bewußtsein zurückkehren, hängt von den mancherlei Verknüpfungen ab, die sie inzwischen eingegangen sind und durch die sie aus dem „peripheren“ Bewußtsein wieder in das „zentrale“ zurückgerufen werden. Die frischen Wahrnehmungen entbehren noch dieser Verknüpfungen. *Grimme.*

Pick (319) zeigt an einem Kranken die interessante Erscheinung der doppelsprachlichen Halluzination. Ein Tscheche halluziniert in Leipzig in seinem mangelhaften Deutsch; in Prag aber tschechisch. Die in deutscher Sprache erscheinenden Halluzinationen sind Kritiken seiner Person aus seiner deutschsprechenden Umgebung heraus. *Grimme.*

Hortvik (172) schildert seine eigenen Synästhesien. — Schon seit Kindheit bemerkte er, daß er zu einem Worte sich etwas ganz Fremdartiges vorstellt, was in gar keiner Beziehung zu dem ersten Worte stand oder sich in eine solche durch eingehendste Analyse bringen ließ. So z. B. bei der Zahl 5 ist dem Verf. das Wort „minus“ in den Sinn gekommen, bei 6 „trockene Blätter“, bei 7 „helle grüne Farbe“,



bei 8 „etwas Rosiges, Lustiges, frohes Gesicht", bei 9 „Falltür", bei 10 „sich eröffnende Mappe", bei 11 „aufstehender Mensch", bei 19 „Sonnenuntergang" usw. Auch bei fremdartigen Worten „assoziierte" Verf. etwas ganz Fremdartiges, z. B. Pater noster = Glöcklein, qui es in coelis = breiter, nach oben geöffneter Bogen, sanctificetur nomen tuum = aufgehängte Fäden, oder: Pathologie = lange Holzstücke; Chirurgie = Kügelchen auf der Schulrechenmaschine; Heroin = fröhlicher Stimmung zu sein, und dergleichen mehr. — Autor ist der Meinung, daß — wie z. B. bei Leuten mit „audition colorée" — auch bei ihm das Hörzentrum auf irgendeine unregelmäßige Art und Weise mit der Sphäre des Vorstellungen- und Erinnerungenvorrates verbunden ist. *Jar. Stuchlik* (Zürich).

Saathoff (352) hält eine größere Einheitlichkeit bei den Temperaturmessungen für durchaus notwendig. Er empfiehlt die Messung im Rektum nach vollständiger körperlicher und geistiger Ruhe von mindestens 20 Minuten und nur vor den Mahlzeiten während der Verdauungsruhe. Die Grenze der normalen Temperatur nach oben beträgt 37°. *Grimme.*

v. Sarbó (356). Seine Technik der Pupillenuntersuchung besteht darin, daß er den Pat. in schiefem Winkel zur Lichtquelle setzt, an die Decke schauen und dann die Augen fest zukneifen läßt. Nach einigen Sekunden muß er die Augen öffnen und ins Weite (an die Decke) sehen. Normal sollen beim Öffnen der Augen die Pupillen sich zuerst verengern und dann erweitern, während bei Beeinträchtigung der Lichtreaktion die Verengerung unmerklich ist oder fortfällt. *Grimme.*

Pick (320) zeigt durch ausführliche Wiedergabe eines Untersuchungsbefundes, wie die Perseveration zu Agrammatismus führen kann, eine Erscheinung, die in Rücksicht auf lokalisatorische Bestimmungen bedeutungsvoll ist. *Grimme.*

G. Sterz (401) berichtet über die in der Psychiatrischen Klinik in Breslau ausgeführten Hirnpunktionen. Die Hirnpunktion wird bei einer beschränkten Indikationsstellung durchaus empfohlen. Wenn nicht das Tumorgewebe selbst getroffen wird, so kann aus nachgewiesenen Reaktionsformen auf die Nähe des Herdes geschlossen werden. *Grimme.*

Pighini (321) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die Nervenerregung und Leitung auf thermodynamischen Vorgängen beruhen. *Ganter.*

Courbon (72): Ein Vorübergehender deutet mit dem Finger in der Richtung nach der Leber des Kranken: der Kranke empfindet daselbst sofort einen Schmerz. Ein Vorübergehender schneuzt sich: dem Kranken tut sofort die Nase weh. Diese Erscheinung nennt Verf. Hallucination téléalgésique. Er bemerkt, daß sie in die Klasse der von *Kahlbaum* sogenannten Reflexhalluzinationen gehöre. *Ganter.*

Dunton (86): The association test as an aid in diagnosis. American journal of insanity Bd. 70, Nr. 4, 1914.

In vielen Fällen, wo rasch eine Diagnose gestellt werden soll, und man zweifelhaft ist, hat sich dem Verf. diePrüfung mit dem Assoziationsverfahren gut bewährt. So namentlich bei der beginnenden Dementia praecox und dem Schwachsinn. *Ganter.*

Parhon et *Zugravu* (308) stellten Untersuchungen an über die Gewichtsver-



hältnisse des Pankreas bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheit. Als Durchschnittsgewicht des Pankreas gelten beim Manne 70 g, beim Weibe 66 g, im gemeinsamen Durchschnitt 68 g. Die Verf. fanden, daß das durchschnittliche Höchstgewicht auf die alkoholistischen Geistesstörungen entfällt. Daran schließen sich in absteigender Linie die Verwirrtheit, die progressive Paralyse und die Pellagra. Man findet also die höchsten Gewichte in den Fällen, in denen es sich um eine Vergiftung auf dem Wege der Verdauungsorgane handelt. Bei der Dementia praecox nähert sich das Durchschnittsgewicht der Normalzahl. Die kleinsten Gewichtsverhältnisse entfallen auf die Dementia senilis. Hier muß man an atrophische Vorgänge denken. *Ganter.*

Bleulers (37) Vortrag ist ein Mahnruf an die Ärzteschaft, wieder mehr die Seelenzustände der Kranken zu berücksichtigen, um u. a. hierdurch auch dem Kurpfuschertum entgegenzuwirken. Vorbedingung hierfür ist natürlich, daß der Student schon in die Psychologie eingeführt wird. Dies ist aber nur dann möglich, wenn die speziell ärztliche Psychologie ein besonderes Unterrichtsfach wird, das alles umfaßt, was mit den Krankheiten im Zusammenhang steht. *Grimme.*

Hanes (141) führt eine Reihe von Fällen an, in denen der psychische Anteil an wirklicher oder nur eingebildeter körperlicher Erkrankung von den praktischen und Spezialärzten verkannt wurde, die Patienten demgemäß eine unrichtige Behandlung erfuhren. Verf. gibt die Schuld der unzulänglichen Unterweisung der Studenten in der Psychiatrie. *Ganter.*

Antoni (13) hat die Wirkung des Adrenalins auf die Pupille untersucht bei Einträufelung in den Konjunktivalsack und bei Einlegen eines mit 1% Adrenalinlösung getränkten Wattebäuschchens, wodurch eine leichte Epithelläsion gesetzt wird. Bei 9 von 20 Paralytikern konnte er eine Erweiterung der Pupille feststellen. Sie stand zur Lichtreaktion in keinem regelmäßigen Verhältnis. Die Erweiterung beginnt innerhalb der ersten halben Stunde nach der Einträufelung und hält meistens 12 Stunden an. Beim Einlegen eines Wattebäuschchens trat die Erweiterung bei einer größeren Zahl von Paralytikern auf, ferner bei einer ganzen Reihe von Schizophrenen, Epileptikern und senil-dementen Kranken, die sich bei Einträufelung refraktär verhielten. Eine schwache, aber doch deutliche Erweiterung der Pupillen konnte überhaupt allgemein im Gegensatz zu der landläufigen Meinung beobachtet werden, nur trat sie erst nach 3—5 Stunden ein. *Grimme.*

Myerson (278): Der vom Verf. angegebene kontralaterale Periost-Armreflex wird folgendermaßen ausgelöst: Der Pat. liegt flach auf dem Rücken mit leicht gebeugten und erschlafften Armen. Nun wird mit dem Hammer auf die Mitte des Schlüsselbeins geklopft, wobei gegebenenfalls eine Kontraktion des Bizeps und Pectoralis maior der andern Seite ausgelöst wird. Gewöhnlich tritt auch auf der gleichen Seite eine Zuckung auf, vielfach aber nur allein auf der entgegengesetzten Seite. Gewöhnlich findet sich dieser Reflex bei den organischen Erkrankungen, die überhaupt eine Reflexsteigerung aufweisen, besonders bei der progressiven Paralyse, der Hemiplegie, multiplen Sklerose, dem Hirntumor und der Meningitis. Doch nur in einer Minderzahl dieser Fälle. Gelegentlich kommt der Reflex auch vor bei der Dementia praecox, dem manisch-depressiven Irresein und der Hysterie. *Ganter.*



Justschenkos (189) Vorlesungen werden in dem vorliegenden Werke in abgekürzter Form weiteren Kreisen zugänglich gemacht. Nach kurzem Hinweis auf Umfang und Aufgaben der Psychiatrie gibt der Autor zunächst eine gedrängte Übersicht über die Entwicklung der Psychiatrie von alters her und beschäftigt sich dann etwas ausführlicher mit den verschiedenen Klassifikationen seelischer Störungen. Die pathologisch-anatomische und psychologische Forschungsmethode unterzieht er kurzer kritischer Würdigung, um sich dann seinem eigentlichen Thema, den biologisch-chemischen Untersuchungsmethoden zur Erforschung des Wesens pathologischer Prozesse, die von seelischen Störungen begleitet werden, zuzuwenden. Der Autor gibt eine gute Übersicht über alle einschlägigen Untersuchungsmethoden und geht dabei auch auf den Zusammenhang der Geisteskrankheiten mit funktionellen Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion etwas näher ein. Die Resultate und Schlußfolgerungen aller dieser Untersuchungen werden kritiklos wiedergegeben.

Haymann (151) betont die Wichtigkeit der somatischen Forschungsrichtung neben der psychologischen. „Bei den Psychosen handelt es sich um Allgemeinerkrankungen, bei denen das Gehirn am meisten ergriffen erscheint.“ „Welches der primäre Herd der Erkrankung in jedem einzelnen Falle sein mag, der dann das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen hat, das eben soll durch die Erforschung der körperlichen Zeichen ermittelt werden.“ „Daß dabei den Untersuchungen der Drüsen mit innerer Sekretion und ihren Funktionen eine Hauptrolle zufällt, sei es nach *Abderhaldens* Technik, sei es nach andern, neuen Methoden, das habe ich wohl kaum hervorzuheben.“

Berze (30) bespricht in seinen Randbemerkungen einzelne wichtige Fragen aus dem Gebiete der Vererbungslehre. Zunächst weist er auf die Bedeutung der Keimschädigung hin. Viele Fragen in der Vererbungslehre könnten nicht eher spruchreif werden, bevor nicht eine reinliche Scheidung zwischen den Wirkungen der Vererbung und solchen der Keimschädigung sich gezeigt hat, was eigentlich mit Recht auf Rechnung der ersten zu setzen ist. Zweitens hält er es für zweifelhaft, ob die „Gesetze“ und „Regeln“ der allgemeinen biologischen Vererbung ohne weiteres auch auf die pathogenetische Vererbung übertragen werden können. Diese Frage wird namentlich im Hinblick auf die Wechselverhältnisse zwischen den Funktionen der endokrinen Drüsen mit dem Einfluß von Störungen in diesen Beziehungen auf die Funktionen mancher anderer Organe aufgeworfen. Die Einheitlichkeit der Disposition zur Geistesstörung wird von ihm bestritten. Unter andern Gründen hierfür weist *Berze* darauf hin, daß in so und so viel Fällen die Geistesstörung gar nicht ihre Ursache in erster Linie in einer Erkrankung des Gehirns hat, sondern durch Störungen anderer Organe bedingt ist. In der Frage, ob das Prinzip der gleichartigen oder das der ungleichartigen Vererbung das geltende sei, zweifelt er, daß eine ungleichartige Vererbung durch unsere heutige Diagnosenstellung bewiesen werden könne. Denn nicht die symptomatologische Einheit sei maßgebend, sondern die genetische. Eine Progressivität der Vererbung bestreitet er insofern, als darunter eine polymorphe Progressivität verstanden wird, die besagt, „daß in den aufeinander folgenden Generationen ungleichartige Psychosen auftreten, wobei der Folge der Generationen eine Progression der Schwere des Krankheitstypus entsprechen soll“.



Eine ganze Reihe von Komplikationen der Vererbung brächte es aber mit sich, daß es sich nur um eine scheinbare Progressivität in der Vererbung in bestimmten Fällen handle. Die Anwendung der *Mendel*schen Regeln auf den Menschen ist nicht möglich. Zum Schluß kritisiert *Berze* eine zu sehr ausgedehnte Anwendung der Lehre von den Störungen der inneren Sekretion auf pathologische Erscheinungen. Die Ausführungen *Berze*s sind äußerst anregend; es ist nur schade, daß das Lesen der Abhandlung durch die Satzbildung, die *Berze* liebt, erschwert ist. Einen Satz von 23 Zeilen müßte man vermeiden. *Grimme.*

Herfort und *Brozek* (156) gründeten 1913 eine eugenische Zentrale im Ernestinum zu Prag, zu dem Zwecke, durch Ausgabe genauer Fragebogen Stammbäume von ihren schwachsinnigen Anstaltszöglingen zu gewinnen. Von 96 Fragebogen wurden 56 beantwortet, von denen einige mitgeteilt werden. Die Verf. fanden, daß der Schwachsinn von einer starken neuropathischen Belastung begleitet war. Als selbständiges, angeborenes Merkmal trat er in keinem Stammbaum auf. Unzweifelhaft ergibt sich, daß zwei neuropathische, aber nicht schwachsinnige Eltern eine durchwegs neuropathische Nachkommenschaft haben. Von ihren Kindern kann eins, bei geringer Kinderzahl sogar alle schwachsinnig sein. Hierin bestätigt sich zunächst die *Mendel*sche Lehre, insofern als die neuropathische Tendenz mit ihren zahlreichen Varianten als rezessives Merkmal vererbt wird. Ein genaueres Studium der Verf. aber führte zur Erkenntnis, daß die *Mendel*sche Lehre noch der Erweiterung bedarf (Gesetz der Polymerie nach *Johannsen*, *Ehle*). Diese Regel besagt, daß die neuropathische Tendenz kein einfacher Erblichkeitszustand mit dem einfachsten Frequenzverhältnis in F_2, sondern ein ganzer Komplex der verschiedensten Degenerationszustände ist, die eine lange, ununterbrochene Variationsreihe von den einfachsten bis zu den schwersten Erscheinungsformen bilden und durch eine gesetzmäßige Kombinierung einer großen Zahl innerer erblicher Faktoren entstehen. *Ganter.*

Wangerin (431) gibt einen leicht verständlichen und leicht lesbaren Überblick über die Abstammungs- und Vererbungslehre, die nicht wenigen willkommen sein wird. *Grimme.*

Veit (424) ist mit Recht der Überzeugung, daß die Grundzüge einer Rassenhygiene noch keineswegs so klar und folgerichtig ausgebaut sind, um daraus einwandfrei Anzeichen für Maßnahmen zu folgern, die auf eine Rassenverbesserung im allgemeinen und auf die Verhütung der Entstehung einer körperlich oder psychisch minderwertigen Nachkommenschaft im einzelnen Falle hinzielen. Auch das, was für ein erkranktes oder in der Gefahr einer Erkrankung schwebendes Weib nützlich sei, sei noch recht unsicher, so daß man nicht wisse, ob man durch einen künstlichen Abort oder durch eine Sterilisation nicht gerade das Gegenteil erreiche. *Grimme.*

Wilhelm (448) gibt eine eingehende Übersicht über die Bestrebungen zur Rassenhygiene, namentlich unter Schilderung der amerikanischen Gesetzgebung. *Wilhelm* hält ein gesetzliches Einschreiten zur Förderung der Rassenhygiene für durchaus nötig, verkennt aber nicht die Schwierigkeiten eines solchen Einschreitens. *Grimme.*

Haberkant (139) hält die eigentümliche Geistesverfassung, in der sich Napoleon im April 1814 auf der Reise nach Fréjus-Elba befand, als er in Verkleidung vor der



Wut der Volksmenge floh, für einen epileptischen Dämmerzustand. Es ist zweifelhaft, ob seine Darlegungen aller Kritik standhalten können. Es ist meistens mißlich, einen Geisteszustand auf Grund der vielfach recht dürftigen Grundlagen nach so langen Zeiträumen zu beurteilen. *Grimme.*

Müller (269) führt uns die Charaktereigenschaften und die Abstammung der römischen Kaiser und zum Teil auch ihrer Frauen vor. Die allgemeinen genealogischen Erörterungen sind etwas kurz ausgefallen. Der Übersicht halber hätten auch Stammtafeln gebracht werden können. Der Verf. hat aber, wie ja schon die Überschrift vermuten läßt, den Nachdruck darauf verlegt, die Charaktereigenschaften der Kaiser zu ihren Bildnissen in Beziehung zu setzen. Man kann ja ohne weiteres zugeben, daß der Charakter eines Menschen im großen ganzen sich in seinem Antlitz widerspiegelt. Unsicherer ist schon die Frage, ob auch die Kopfbildung mit dem Charakter in Verbindung steht. Warum sollen ein vorstehendes Kinn oder starke Augenbrauenwülste besondere Kühnheit ausdrücken? Warum ein hochgewölbter Schädel besondere Denkkraft, oder dicke Lippen Sinnlichkeit? Hierin liegt viel Phantasie. Das meiste wird, da ja der Charakter bereits bekannt ist, in das Bild hineingelesen. *Ganter.*

Zoepf (459): Es handelt sich um eine vom theologischen Standpunkt aus geschriebene Lebensgeschichte der Mystikerin Margareta Ebner und eine Schilderung ihrer „Offenbarungen". Das Leben der Ebner fällt in die Wende des 13. Jahrhunderts. Verf. schildert uns jene Zeit als eine Zeit der Kriege, Krankheiten und sonstiger Nöte, aber auch als eine Zeit intensiven Innenlebens und mystischen Strebens nach der Vereinigung mit Gott. Besonders in den Klöstern waren Verzückungen, himmlische Erscheinungen, mystische Zustände aller Art an der Tagesordnung. In eine derartige Umgebung kam auch die in Donauwörth geborene Ebner, indem sie noch sehr jung in das Dominikanerinnenkloster zu Medlingen eintrat. Nach einer Krankheit bekam auch die Ebner Verzückungen. Was sie darin erlebte, teilt uns Verf. nach ihren eigenen Aufzeichnungen ausführlich mit. Der Arzt kann hier die ganze Symptomatologie der Hysterie studieren: Krampfzustände, Schwellung des Leibes und der Beine, Empfindungsstörungen, Halluzinationen (Visionen). Die Nonne stößt während der Messe durchdringende Schreie aus, sie weist längere Zeit die Nahrung zurück, schwebt losgelöst von der Erde und dergleichen mehr. Auch der sexuelle Hintergrund fehlt nicht: in ihrem verzückten Zustand saugt sie an den Brüsten Jesu, vereinigt sich mit Jesu als ihrem Gemahl. Wie erklärt nun der Verf. diese Erscheinungen? Wohl meint er, die Nonne habe kurze Zeit an Hysterie gelitten, weiß aber damit nichts anzufangen. Er ist weit entfernt, die Erscheinungen psychopathologisch deuten zu wollen oder zu können. Die Versuche *Pfisters*, auf psychoanalytischem Wege im Sinne *Freuds* das Wesen der Ebner sich verständlich zu machen, entsprechen nach Verf. nicht der Wirklichkeit. Wie nun? Beim Lesen der Betrachtungen des Verf. über die Äußerungen der Ebner beschleicht einen das Gefühl, Verf. glaube an deren übernatürliche Wirklichkeit, bis er am Schlusse die Bemerkung macht: ... dafür geben die „Offenbarungen" keinen Anhaltspunkt. Dann spricht er wieder von der subjektiven Wahrheit des Gottschauens der Ebner, die sie zur objektiven Wahrung zu machen



nicht imstande war, und sucht die Erklärung für alle diese Vorgänge in ihrer Hingabe an Gott, ihrer Sehnsucht nach Gott. Mit diesem ziemlich mageren Erklärungsversuch müssen wir uns bescheiden. *Ganter.*

Jentsch (181): Wohl jeder weiß aus gelegentlichen Lesefrüchten, daß der berühmte Entdecker des mechanischen Wärmeäquivalents geistig nicht normal, vielleicht auch, daß er schon in einer Irrenanstalt war. Mit dieser Kenntnis mußte man sich begnügen. Auch die kurze Berührung von *Mayer*s Krankheit in *Ostwalds* Buch: Große Männer wird am allerwenigsten den Psychiater wegen der wenig kritischen Benutzung der Literatur und des laienhaften Urteils befriedigen. Um so mehr ist die fachmännische Darstellung von *Mayers* Krankheitsgeschichte und der sonstigen Lebensumstände, wie sie uns *Jentsch* in seinem kleinen Werke bietet, zu begrüßen. *Jentsch* zeigt uns, daß es sich um ein manisch-depressives Zustandsbild handelte. Auch die Erblichkeit spielte eine Rolle. Die Krankheit war somit endogener Natur, während der Laie die Hauptursache in der anfänglich mangelnden Anerkennung von Meyers großer Entdeckung erblickt. Mayer mußte zweimal wegen eines maniakalischen Anfalles die Irrenanstalt aufsuchen. An der Hand dieser Tatsache lernen wir die damalige Behandlung der Geisteskranken wie auch die schiefen Urteile der Zeitgenossen kennen. Man ist ordentlich froh, wenn dazwischen auch wieder einmal eine vernünftige Ansicht sich hören läßt. Nicht zum wenigsten interessant sind die Erörterungen, die Verf. an die Frage der Beziehungen zwischen Genie und Geisteskrankheit knüpft. Sie sind frei von den Oberflächlichkeiten *Lombrosos*. So möge das Buch aufklärend und belehrend wirken weit über die psychiatrischen Kreise hinaus, damit jene immer weniger werden, die im Irrenwesen nur ein Mittel zum Gruseligmachen erblicken. *Ganter.*

Wahl (429) entwirft ein Lebensbild der Mystikerin Katharina von Siena (14. Jahrh.). Diese zeigte schon als Kind Wunderlichkeiten. Sehr frühzeitig trat sie in ein Kloster ein und verfiel bald auch in die damals üblichen Verzückungen. Das ganze Register der Hysterie wird aufgezogen: Ekstase, himmlische Erscheinungen, Krampfzustände, Empfindungsstörungen, Schweben und dergleichen mehr. Wer das Leben einer dieser Mystikerinnen kennt, kennt sie alle. Die Katharina erwies sich aber auch als hilfsbereit gegenüber den Armen und besuchte die Spitäler der Leprösen und Pestkranken. *Ganter.*

Nelken (282). Außerordentlich interessante Angaben über die galizische Landesirrenanstalt Kulparkow bei Lemberg. Diese Angaben lassen einen Tiefstand der Irrenpflege erkennen, wie man ihn kaum für möglich halten sollte. Sie ist bei rund 1100 Betten mit täglich rund 1800 Kranken belegt. Unter diesen nehmen Verbrecher eine solche Zahl ein, daß auf 9,6 Kranke ein Verbrecher kommt. Des Platzmangels wegen müssen diese Verbrecher immer wieder entlassen werden ohne Rücksicht darauf, daß sie meistens alsbald wieder neue Verbrechen begehen. Attentate auf Ärzte sind nichts Außergewöhnliches. *Grimme.*

Schultze (372) wiederholt seine Forderung: regelmäßige gynäkologische Untersuchung und Behandlung der weiblichen Geisteskranken. „Erstes Erfordernis für Einleitung entsprechender Behandlung ist die Diagnose. Ich schlage daher vor, daß von jetzt an zum Befund über das körperliche Befinden der in die Irrenanstalt



eintretenden Patientin der Regel nach auch der sachverständig in Narkose aufgenommene Befund der Beckenorgane gehört. Die für nötig erkannte Behandlung soll dann, sobald der übrige Zustand es gestattet, meist ebenfalls in Narkose ausgeführt werden, und zwar in der Irrenanstalt selbst, damit während der Behandlung und Nachbehandlung die psychiatrische Beobachtung nicht unterbrochen wird." „Kein alter Dammriß, keine parametrische Narbe oder Schwiele, kein Lazerationsektropium, kein Uteruskatarrh, keine Retroflexio uteri darf übersehen werden."

Harter (145): Der Hund hat Hunde-, das Pferd Pferdeverstand, jedes Tier hat gerade so viel Verstand, als es braucht, um die ihm von der Natur zum Kampf ums Dasein gegebenen Waffen zweckentsprechend zu verwenden. Ein Tier mit Menschenverstand wäre offenbar eine viel sinnlosere Mißgeburt, als sie z. B. die Phantasie der Griechen in ihren Pferden mit Menschenköpfen ausgeheckt hat. Und doch haben der „kluge Hans" und seine Kollegen in Elberfeld, wie auch der Mannheimer Briefe schreibende Hund wegen ihrer fabelhaften Intelligenz Gelehrte und Ungelehrte auf die Beine gebracht und eine treue Gläubigenschar um sich versammelt. Aber auch die Zweifler fanden sich ein. So wies *Pfungst* nach, daß die Tiere auf die unbewußten Bewegungen des Lehrers reagierten. Der Verf. der vorliegenden Broschüre weist ebenfalls sehr einleuchtend darauf hin, daß es sich um keine Denkleistungen der Tiere handeln könne. Er vergleicht das Klopfen der Tiere mit dem Klopfen des Tisches bei den spiritistischen Sitzungen. In beiden Fällen sind die wirklich Antwortgebenden die Veranstalter. Wie werden nun die Tiere zum Klopfen gebracht? Zur Erklärung greift Verf. auf die Theorie vom Ober- und Unterbewußtsein zurück. Das Unterbewußtsein arbeitet oft viel richtiger und selbständiger als das Oberbewußtsein, so daß das Unterbewußtsein schon eine Frage gelöst hat, ehe die Lösung dem Fragenden selbst zum Bewußtsein gekommen ist. Das läßt sich ja noch einigermaßen begreifen, nun aber kommt der Pferdefuß. Wie können die Tiere auf die Vorgänge im Unterbewußtsein des Fragenden reagieren? Verf. meint, durch die — Telepathie, die übersinnliche Gedankenübertragung. Nun haben wir glücklich eine noch viel verdrehtere, verzwicktere, widersinnigere, mystischere Annahme, als wenn wir an die Menschenintelligenz der Tiere geglaubt hätten. So treffend manche Bemerkungen des Verf. sind, wenn er z. B. in den Antworten der Tiere Wunscherfüllungen des Fragenden sieht, so abgeschmackt ist der von dem Spiritismus her geborgte Begriff der Telepathie. Auch die Beispiele, die Verf. zum Beweise bringt, gehören doch wohl eher ins Gebiet der Ammenmärchen. Könnten wir nicht lieber annehmen, daß auch vom Unterbewußtsein geringfügige Muskelbewegungen im Sinne *Pfungsts* ausgehen, auf die die Tiere reagieren? Oder noch einfacher: Der Fragesteller liest gemäß seiner Affektlage (es handelt sich ja immer um übergroße Tierliebhaber) alles in das Geklopfe hinein, was einigermaßen zur gegebenen Lage stimmt. *Ganter.*

II. Ätiologie.

Weygandt (442) stellt und beantwortet folgende Fragen:

1. Wie wirkt die soziale Lage ein auf Verhütung, Entstehung und Verlauf von psychischen und nervösen Störungen?



2. Wie können diese Erkrankungen unsere soziale Lage beeinflussen?

3. Welche zweckmäßigen Maßregeln aller dieser Störungen ergeben sich aus der Erkenntnis dieser Beziehungen? *Grimme.*

Reichardts (333) Vortrag ist eine eingehende Kritik der Beziehungen zwischen psychischem Trauma und nachfolgender neurotischer oder psychotischer Erkrankung. Er bestreitet entschieden, daß hier enge Beziehungen bestehen. Vor einer Überschätzung eines einmaligen psychischen Traumas als Krankheitsursache warnt er dringend.

Er geht aus von der Bedeutung des Hirnstammes als Sitz der nervösen Zentren, die für das vegetative Leben von maßgebender Bedeutung sind und die den Hirnstamm ungleich wichtiger für das Leben machen als die Hirnrinde; zumal auch der Hirnstamm der Träger wichtiger psychischer Vorgänge, namentlich der Affekte, sei; man könnte wegen der lokalisatorischen Nachbarschaft annehmen, daß starke affektive Erregungen, wie sie bei Unfällen auftreten, diese vegetativen Funktionen in beträchtliche Mitleidenschaft zögen. Doch trifft diese Annahme nach immer wiederkehrender Erfahrung nicht zu. Einmalige psychische Vorgänge, die selbst zu lebhaften und intensiven Affekten führen, sind bei einem auch nur einigermaßen widerstandsfähigen Organismus nicht imstande, starke und langdauernde Krankheitszustände auf körperlichem Gebiete herbeizuführen. Selbst die Annahme einer Verschlimmerung von Erkrankungen (z. B. von Konstitutions- und Organerkrankungen wie Diabetes, Akromegalie, Paralysis agitans, Basedow) durch ein Trauma verlangt den Nachweis, daß es sich wirklich auch um ein erhebliches und außergewöhnliches Trauma gehandelt hat. Es wirkt bei der Entstehung solcher Erkrankungen der psychische Vorgang höchstens im Sinne einer auslösenden Gelegenheitsursache. Es ist der Tropfen, der den Krug überlaufen läßt. Auch die psychischen Folgen schwerer Affekte werden überschätzt. *Reichardt* unterscheidet zwischen den akuten und den länger dauernden Folgen. Akute psychische Veränderungen im Anschluß an Unfälle sind zwar häufig, gehen aber sehr bald zurück. Wie die Erfahrungen bei schweren Katastrophen (Erdbeben in Messina, Grubenunglücke) beweisen, sind selbst ganz außergewöhnliche Ereignisse, die zu stärksten seelischen Erregungen führen, weder imstande, chronische Veränderungen auf körperlichem Gebiete, noch länger dauernde Psychosen oder schwere Neurosen zu bewirken. Die psychische Komponente spielt in der Psychiatrie ätiologisch eine verschwindend geringe Rolle. Wenn einzelne Menschen psychisch erkranken, so handelt es sich neben andern Ursachen um eine in der Anlage angeborene fehlerhafte Disposition und Organisation des Gehirns. Bei starker endogener Disposition zu Neurosen und Psychosen kann allerdings ein heftiges und außergewöhnliches Trauma stärkere Störungen der Hirnfunktion bewirken. Dann ist aber auch der zeitliche Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung ein besonders enger. Meistens ist das Trauma nur eine auslösende Gelegenheitsursache und die innere krankhafte Veranlagung die eigentliche Ursache der Erkrankung. Vor der falschen und kritiklosen Anwendung des Wortes Nervenschock ist sehr zu warnen. Alle Neurosen oder Psychosen mit langsamer Entwicklung ohne akute Symptome nach dem Unfalle sind recht mit Vorbehalt als Unfallfolgen anzusehen. Die eigentlichen schweren Neu-



rosen sind fast ausnahmslos endogenen Ursprungs und nicht traumatische Erkrankungen. Die sogenannten Unfallneurosen sind — sofern sie keine endogenen Neurosen sind — gar keine Krankheitszustände im engeren Sinne, sondern normal psychologisch zustande gekommene Produkte von Autosuggestionen. *Grimme.*

v. Hansemanns (143) Überblick über die durch infantilistische Erscheinungen bedingten Krankheiten. Er erklärt Infantilismus als das Beharren auf einem kindlichen Zustande, gerechnet von der Geburt bis zur Pubertät. Unterschieden wird ein primordialer, durch Störungen in der Eiablage bedingter Infantilismus und ein sekundärer, entstanden durch spätere Krankheiten, wie chronische Herzfehler, Tuberkulose, Syphilis, Alkoholismus. Der Infantilismus kann sich auf den ganzen Körper oder nur auf einzelne Teile beziehen. *Hansemann* bespricht den I. des Skeletts, des Gefäßsystems, der Geschlechtsorgane. Bei dem I. des Skeletts ist die Enge der oberen Brustkorböffnung für die Phthise von Bedeutung; ein Zurückbleiben in der Entwicklung der Lendenwirbelsäule begünstigt ihre Erkrankung an Tuberkulose. Beim Gefäßsystem schafft die Enge der Aorta allgemeine ungünstige Ernährungsbedingungen. I. des Herzens verhindert seine Hypertrophie. Enge der Nierenarterien veranlaßt die Entstehung einer Granularatrophie im jugendlichen Alter; Enge der Gehirngefäße begünstigt psychische Entwicklungshemmung. Wichtig ist die geringe Ausbildung der Membrana elastica. Der Infantilismus der Geschlechtsdrüsen wird, als allgemeiner bekannt, nur kurz geschildert. *Grimme.*

Hušek (175) gibt in seiner Monographie ein vollständiges Bild zahlreicher Ursachen und Formen des Kopfschmerzes. Er teilt die Kephalalgien in folgende 9 Gruppen, je nach deren Vorkommen bei 1. Blutkrankheiten und Störungen des Blutkreislaufs; 2. organischen Hirn- und Hirnhäuteerkrankungen; 3. funktionellen Hirnkrankheiten, Neurosen und Psychosen; 4. Trigeminus- und Cervicoccipitalneuralgien; 5. lokalen Schädelknochen- und Schädelweichteilveränderungen; 6. Autointoxikationen, Stoffwechsel-, akuten und chronischen Infektionskrankheiten; 7. exogenen Vergiftungen; 8. reflektorische und 9. habituelle Kephalalgie. Jede Gruppe ist ausführlich besprochen und an reicher Kasuistik demonstriert. Die Arbeit des Autors ist nicht nur eine positive Bereicherung der tschechischen Literatur, sondern ist — als eine einheitliche Bearbeitung eines in so vielen verschiedenen Lehrbüchern behandelten Themas — auch von allgemeiner Bedeutung.

Jar. Stuchlík (Zürich).

Hesnard (158) gibt auf Grund der Schilderung von Augenzeugen und nach seinen eigenen Untersuchungen eine Schilderung der nervösen und psychischen Störungen, wie sie im Anschluß an die gewaltigen Explosionen auf den vor Toulon ankernden Schiffen Jéna (1907) und Liberté (1911) bei der Mannschaft ausgebrochen waren. Zunächst die leichteren Störungen bei einem Teil der gesunden, nicht prädisponierten Mannschaft: Im Augenblick der Katastrophe handelte ein Teil wie in einem somnambulen Zustande, tat automatenhaft mehr oder weniger Verkehrtes, suchte wertlose Dinge zu retten, versteckte sich an gefährdeten Stellen an Bord, rannte, einmal an Land, blindlings weiter. Manche wiederum blieben klar und zeigten eine ihnen selbst merkwürdig erscheinende Gleichgültigkeit. Andere bemerkten nach der ersten Aufregung einen Gedächtnisausfall. Die Verwundeten



zeigten schockartige Zustände, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit nachts und Schlafsucht am Tage, Störungen der Diurese. Bei einigen derjenigen Leute, die sich an der Rettung beteiligt hatten, beobachtete man einen mehrere Wochen dauernden Zustand von krankhafter Unruhe, Schreckhaftigkeit, Mutlosigkeit, Zwangsdenken mit Bezug auf das Ereignis, Alpdrücken, Zerschlagenheit, Zittern, Steigerung der Kniereflexe, Pulsbeschleunigung. Die ganze Bevölkerung von Toulon geriet infolge der psychischen Ansteckung in einen Zustand nervöser Erregung und Unruhe, so daß beim Leichenbegängnis der Verunglückten der Liberté ohne allen Grund eine allgemeine Panik unter den Soldaten und Bürgern ausbrach, wie vor einem neuen schrecklichen Ereignis: eine allgemeine Unordnung entstand, und Schreckensrufe wurden ausgestoßen.

Von den eigentlichen Geisteskranken beschreibt Verf. 6 Fälle. Es handelte sich, bei Prädisponierten, um eine allgemeine Verwirrtheit, eine Art Traumdelirium. Dabei bestand Harnverhaltung bei gesunder Niere, ein Symptom, auf das Verf. großen Wert legt, weil es die Annahme einer Intoxikationspsychose nahelegt. Der Schock führt zu einer Stoffwechselstörung, wobei die Cytotoxine auf das Gehirn wirken. Die Fälle heilten. *Ganter.*

Rohde (340) kommt in seiner recht eingehenden Untersuchung zu dem Ergebnis, daß es eine allein durch den Beruf gegebene Nervosität der Lehrer nicht gibt, sondern daß die Konstitution der einzelnen Persönlichkeiten und äußere Dinge, wie Familiensorgen, das Leben in der Kleinstadt, das Abgeschlossensein im Dorfe, das Fehlen der Anregungen, Mißbrauch von Tabak und Nikotin, die eigentümliche Zwitterstellung, die die Lehrer in ihrem Dorfe oft einnehmen, ferner das die Erholung einschränkende Übermaß von Nebenbeschäftigung bei dem Entstehen psychopathologischer Zustände zusammenwirken. Charakteristisch war vielfach das Überwiegen paranoischer Züge. *Grimme.*

J. Parhon et Mlle. *Parhon* (306) kommen nach ihren Untersuchungen zum Schlusse, daß die Drüsen mit innerer Sekretion in vielen Fällen von Geistes- und Nervenkrankheiten eine wichtige Rolle spielen. Bezüglich der Pathogenese ist die *Abderhalden*sche Reaktion aussichtsvoll. *Ganter.*

Spechts Prorektoratsrede (392) wurde am 4. November 1913 gehalten. Es konnte kaum ein Vortragsstoff in größerer Vorahnung kommender Ereignisse gefunden werden als dieser über „Krieg und Geistesstörung". In sehr gewandter und flüssiger Sprache gibt *Specht* einen eingehenden kritischen Überblick über das, was bisher über den Zusammenhang zwischen Krieg und Geistesstörung bekannt geworden ist, um zum Schluß auf die Aufgaben einzugehen, die der psychiatrischen Fürsorge im Kriege harren. Besonders aufmerksam sei auf seinen Vorschlag gemacht, auch die Offiziere psychiatrisch zu orientieren, damit dadurch die Arbeit der Psychiater erleichtert und ergänzt werde. Es kann unseren ärztlichen Bestrebungen nur förderlich sein, wenn sich dies einmal verwirklichen sollte. *Grimme.*

Buschan (64) bespricht die infolge des Krieges bei der Truppe vorkommenden Psychosen auf Grund der Erfahrungen der letzten auswärtigen Kriege unter Hervorhebung einer besonderen Kriegspsychose, die „im großen und ganzen an die zerebrale Neurasthenie erinnern, aber auch hysterische Symptome, Dämmerzustände sowie Verwirrtheit einschließen soll". *Grimme.*

Bonhoeffer (46) schildert, was der Krieg an Geisteskrankheiten qualitativ und quantitativ mit sich bringt, und zeigt, daß der Krieg ein eminentes Reagens ist, um die psychopathische Konstitution zur Ausscheidung zu bringen. Eine spezifische Kriegspsychose gibt es nicht. Unter den seit der Mobilmachung beobachteten Psychosen überwiegen stark die psychopathischen Konstitutionen. Den Statistiken nach ist eine Zunahme der psychischen Störungen erst gegen Ende und nach dem Kriege zu erwarten. Auch die Frage der Behandlung der Psychopathen im Felde wird kurz berührt.

Meyer (257) berichtet über die Erfahrungen der Königsberger Klinik, die vertragsmäßig psychische und Nervenkranke aus der Feldarmee aufnimmt. Die Psychosen im engeren Sinne sind gering an Zahl. Dementia praecox = 7,5%; manisch-depressives Irresein = 4%; Paralyse = 3,5%. Weit größer ist die Zahl der Fälle von Alcoholismus chron. = 16% aller Psychosen und Neurosen, dazu kommen noch 5,5% akute alkoholische Psychosen, besonders hohe Werte weisen Epilepsie und die große Gruppe der psychopathischen Konstitutionen und pathologischen Reaktionen auf. Epilepsie = 11,5%; psychopathische Konstitutionen = 13,5%; pathologische Reaktionen — Psychogenie, Hysterie — = 18%; traumatische Neurose = 6%; Imbezillität = 8%. — 60,5% aller Erkrankungen betreffen Reserve und Landwehr, wobei letztere stark überwiegt, 11,5% den Landsturm, 8% die Ersatzreserve; 6,5% Kriegsfreiwillige; 5% Offiziere der Landwehr, Reserven usw., 3,5% aktive Offiziere, 5% aktive Mannschaften und Unteroffiziere. Der Autor faßt seine interessanten Ausführungen dahin zusammen: „Bisher ergibt sich kein Anhalt dafür, daß schwere Psychosen chronischen Charakters infolge des Krieges besonders zahlreich zur Beobachtung kämen; ebensowenig ist eine besondere Färbung derselben erkennbar. Dagegen geben unzweifelhaft die kriegerischen Ereignisse häufig den Anstoß zu akuten Psychosen auf alkoholischer und epileptischer Basis, wirken verschlechternd auf die Epilepsie und führen ganz besonders oft, vielfach bei einer gewissen Disposition, zu psychisch-nervösen Störungen psychogener Art.

Wickel (446). Es gibt keine besonderen Kriegs-Geisteskrankheiten. Schilderung einzelner Fälle beim Militär und der bürgerlichen Bevölkerung. *Grimme.*

Senf (377) kommt, veranlaßt durch die Kritiken, wieder auf seine Anschauungen über den Ursprung der Homosexualität zurück. Er leitet die homosexuale Neigung psychologisch aus der heterosexuellen her; er sieht in ihr das Resultat einer psychischen Entwicklung, die das heterosexuelle Fühlen voraussetzt und von ihm ausgeht. Hierzu ist ein langer, phylogenetischer Entwicklungsprozeß nötig, der die Anlage schafft, die die Entstehung des homosexuellen Fühlens ermöglicht. Die Auslösung der Neigung vollzieht sich in der Jugend bei dem einen fast von selbst, bei dem andern erst nach mehr oder weniger verwickelten Assoziationen.

Auch die Erscheinung der „Bisexualität“ oder des „Doppeltriebes“, wie *S.* sie bezeichnet, führt er auf eine phylogenetische Entwicklung und daneben auf eine selbständige Fortentwicklung zurück, die eine Mischung des heterosexuellen Fühlens mit dem homosexuellen bewirkt.

Mit dieser Veranlagung zum „Doppeltrieb“ bringt *S.* den periodisch oder



alternativ variierenden homo- und heterosexuellen Trieb in Verbindung. Bei äußerster Schwächung des heterosexuellen Moments soll Frigidität mit Homosexualität, beim Zurücktreten des homosexuellen Moments aber heterosexuelles Fühlen mit nur ganz selten und kurz auftretenden Perioden homosexuellen Fühlens im einzelnen Falle abwechseln. *Grimme.*

III. Pathologie.

Von *Nißls* (294) Beiträgen zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten liegt das 2. Heft des 1. Bandes vor; es bringt 2 Fälle von Katatonie mit Hirnschwellung. Beide Fälle werden in vorbildlicher, eingehendster Weise klinisch und anatomisch beschrieben und kritisch gewürdigt. So wird ein lückenloses, klinisch-anatomisches Gesamtbild geliefert, wie es in dieser Form noch nicht existiert. Es ist unmöglich, die reiche Fülle des Gebotenen in einem kurzen Referat wiederzugeben.

Reichardt (331) berichtet zunächst über Störungen der Körpertemperatur bei Hirnkrankheiten und hebt hervor, daß seinen Erfahrungen nach einzelne umschriebene Stellen im Zentralnervensystem von besonderer Wichtigkeit für die Körpertemperatur sein müssen; er betrachtet es als feststehend, daß es zerebrale Temperaturanomalien gibt, sowohl im Sinne der Hyperthermie wie der Hypothermie. Ein Teil der terminalen Temperatursteigerungen bei Hirnkranken ist mit der Hirnkrankheit direkt in Beziehung zu bringen. Bei der progressiven Paralyse hat es sich gezeigt, daß der echte paralytische Marasmus, namentlich wenn er sich nach endogener Mästung einstellt, fast niemals mit Hypothermien, sondern sehr häufig mit Hyperthermien einhergeht. Hypothermien finden sich bei Paralytischen mit reiner Hinterstrangerkrankung sowie im Zusammenhang mit katatonischen Symptomen. Auch bei der echten Katatonie werden niedere Temperaturen in großer Anzahl festgestellt. — Sodann behandelt *Reichardt* die Störungen der vasomotorisch-trophischen Funktionen bei Hirnkrankheiten, die trophischen Hautzerstörungen bei der progressiven Paralyse und bei den übrigen Psychosen und Neurosen, die vasomotorischen Störungen bei der progressiven Paralyse und bei den sogenannten einfachen Psychosen, die trophischen Störungen am Knochensystem, die individuellen Verschiedenheiten in einzelnen Funktionen vegetativer Systeme, den Einfluß psychischer Vorgänge auf die vegetativen Funktionen des Körpers und erörtert die klinischen Fragen, welche die klinische Beobachtung Geisteskranker in dieser Beziehung aufgibt. Der Autor zeigt, daß die trophischen Veränderungen an Haut und Knochen wichtige Hirn- oder Rückenmarkssymptome sind, daß sie dementsprechend auch größere Beachtung verdienen, daß der Einfluß einzelner psychischer Vorgänge auf die vegetativen Funktionen im allgemeinen gering ist, sofern nicht die psychischen Vorgänge zu Willenshandlungen führen, welche den Körper betreffen oder schädigen. In seinen Ausführungen über die psychischen Ursachen bei Psychosen und Neurosen kommt er zu dem Schluß, daß im allgemeinen die einmaligen psychischen Ursachen wie überhaupt die exogenen Ursachen in der Ätiologie der Neurosen und Psychosen nur eine geringe Rolle spielen; wichtiger ist die endogene Ätiologie. — Der dritte Teil von *Reichardts* Untersuchungen beschäftigt



sich mit den physikalischen Eigenschaften und Zustandsänderungen des Gehirns und der Flüssigkeitsverhältnisse in der Schädelhöhle. Behandelt werden das Hirngewicht bei der Sektion, und zwar dasjenige des gesamten Hirns sowie das der Großhirnhemisphären und des Kleinhirns, die Flüssigkeitsverhältnisse im Schädelinnern bei der Sektion, der Hirndruck und die Hirnschwellung. Es wird gezeigt, daß außerordentlich verschiedenartige Einflüsse auf das Hirngewicht einwirken können, daß trotz der Kompliziertheit der Verhältnisse aber gewisse Beziehungen zwischen Hirngewicht einerseits und klinischer Symptomatologie andrerseits zu erkennen sind. Besonders wichtig erscheint die Feststellung völliger Gewichtsgleichheit der Großhirnhemisphären bei Geistesgesunden. Paralyse und Dementia senilis führen meist zu einem durchaus harmonischen Schwund beider Hemisphären. Nur in der Minderzahl der Fälle führt die Paralyse zu einseitiger Hemisphärenverkleinerung, klinisch pflegen dann Halbseitensymptome nicht zu fehlen. Auch zwischen Abnormitäten des Liquorverhaltens und starken zerebralen klinischen Symptomen wird ein innerer Zusammenhang festgestellt und dabei auf den vielfach gefundenen Gegensatz zwischen Liquor und Hirnvolumen hingewiesen; bei geschwollenen Gehirnen fehlte häufig der erwartete Flüssigkeitsüberdruck, während er bei verkleinerten Gehirnen vorhanden war. Daß die Untersuchung des Gehirns an Frontalschnitten eine notwendige Erweiterung der physikalischen Hirnuntersuchung an der Leiche ist, wird weiter gezeigt. Verf. erwartet von solchen Untersuchungen wertvolle Aufschlüsse auch in Fragen der Lokalisation psychischer Vorgänge. — Der vierte Teil der Untersuchungen beschäftigt sich mit den normalen und krankhaften Vorgängen in der Hirnsubstanz und behandelt die Lebensvorgänge im Gehirn, die physikalischen Zustandsänderungen der Hirnmaterie, die dynamischen Wechselbeziehungen und gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnisse unter den einzelnen Hirnteilen. Es wird gezeigt, daß zu den Lebensvorgängen im Gehirn Volumensänderungen, Flüssigkeitsbewegungen und -strömungen, Änderungen des Aggregatzustandes gehören, die nicht stets das gesamte Hirn in gleicher oder gleichstarker Weise befallen, sondern je nach dem Zustand von Ruhe und Tätigkeit, Gesundheit oder Krankheit nur einzelne Teile des Gehirns, der Hirnrinde oder des Hirnstammes betreffen. Die Kraftquelle für diese Veränderungen findet sich nicht nur in dem Vorhandensein von Stoffwechselvorgängen im Gehirn, sondern vor allem auch in dem Zusammenarbeiten der einzelnen Hirnteile im Sinne eines die Fähigkeit der Selbstregulation besitzenden dynamischen Gleichgewichts. Auch das Problem der Periodizität wird berührt und dabei auf seine Bedeutung für die Frage der Ursachen und Entstehungsbedingungen normaler und krankhafter Lebensäußerungen des Gehirns hingewiesen und hervorgehoben, daß wahrscheinlich dem Rautenhirn, das diese Fähigkeit schon normalerweise besitze, die Fähigkeit zur Periodizität auch unter krankhaften Bedingungen in erhöhtem Maße zukomme, und daß es wahrscheinlich auch einen periodischen Einfluß auf das Großhirn ausüben könne. Bei der anschließenden Erörterung des inneren Zusammenhanges zwischen Hirn und Seele wird betont, daß nicht nur die Hirnrinde an dem Zustandekommen psychischer Vorgänge beteiligt ist, daß vielmehr das Gehirn in seiner Gesamtheit als Träger psychischer Funktionen betrachtet werden muß. Schließlich weist der Autor noch darauf hin, daß die gegen-



wärtig fast ausschließlich geübte histologische Untersuchung des Gehirns als einzige Untersuchungsmethode nicht genügt, dazu müssen auch noch andere Methoden der Hirnuntersuchungen treten. — Die mühevollen und schwierigen Untersuchungen *Reichardts* sind eine außerordentliche Arbeitsleistung; sein Werk enthält eine Fülle origineller, anregender Gedanken.

Reichardt (332) verteidigt sich gegen Äußerungen *St. Rosenthals*, die er dahin verstanden hat, daß *Rosenthal* eine postmortale Gehirnschwellung als überwiegend wahrscheinlich halte. *Reichardt* selbst hat bis jetzt noch keine Anhaltspunkte dafür gefunden, daß eine echte postmortale Hirnschwellung im physikalischen Sinne überhaupt vorkommt. Auch die Zeit der Sektion post mortem sei ohne erkennbaren Einfluß auf das Volumen des Gehirns. Eine postmortale Hirnschwellung komme nur unter ganz besonderen Bedingungen zustande, wenn sie überhaupt existiere. Auch den Einwand *Rosenthals*, daß Reichardt noch nicht den Beweis für das Bestehen einer Hirnschwellung als Lebenserscheinung und intravitalen Vorgang hätte erbringen können, kann *Reichardt* unter Hinweis auf seine früheren Veröffentlichungen und die anderer Autoren über Vermehrung des Hirndruckes ohne Vermehrung des Liquors entkräften. *Grimme.*

E. v. Klebelsberg (204) schildert eine Reihe von plötzlichen Todesfällen bei Geisteskranken, bei denen sich bei der Sektion Hinweise auf einen Status lymphaticus oder thymolymphaticus fanden und deren Tod mit diesem Status in Beziehung gebracht wird. Pathologisch-anatomisch fand sich eine Schwellung des lymphatischen Apparates, Enge der Aorta oder anderer Gefäße, Veränderungen an den Nebennieren, Hypertrophie des Herzens, Bildungsanomalien, Hypertrophie der Thymusdrüse. Es wird eingehend die Literatur über die Frage des Status lymphaticus und seine Folgen besprochen und der Zusammenhang zwischen dieser pathologischen Erscheinung und dem Zentralnervensystem erörtert. *Grimme.*

Medow (253) hat zunächst die Erblichkeitsfragen an 46 männlichen, an Dementia praecox leidenden Kranken untersucht. Er hat in ihrer Aszendenz in überwiegendem Maße psychopathische Konstitutionen gefunden und kommt zu dem Schluß, daß die meisten Fälle von Schizophrenie nicht vererbt, sondern ohne erbliche Einflüsse neu erzeugt werden infolge der als Keimschädigung wirkenden psychopathischen Veranlagung in der Aszendenz. Wo erbliche Übertragung stattfindet, geht sie gleichartig und indirekt vor sich und folgt wahrscheinlich den *Mendel*schen Regeln im rezessiven Typus.

Unter 23 Fällen des manisch-depressiven Irreseins fand er eine bedeutend stärkere Belastung, und zwar mit gleichartigen Psychosen. Auch bei den psychogenen und hysterischen Psychosen und bei der Affektepilepsie findet sich eine direkt gleichartige Vererbung des gemeinsamen und für diese Erkrankungen charakteristischen reaktiv-psychopathischen Grundzustandes.

Für die genuine Epilepsie spielt die gleichartige Vererbung keine oder nur eine geringe Rolle; dagegen bilden Keimschädigungen eine Prädisposition für diese Erkrankung. Bei den Formen des Schwachsinns, von dem er 15 Fälle untersuchte, ist die Mehrzahl der Fälle ohne erbliche Einflüsse durch direkte, grobe Keimschädigung und Störungen der fötalen oder extrauterinen Entwicklung bedingt. Bei 5

Fällen konnten erbliche Einflüsse nachgewiesen werden; 2 hiervon beruhten auf direkter gleichartiger erblicher Belastung.

Bei 20 Paralysen bestand nur in 5 Fällen eine direkte Belastung mit Psychosen; eine wesentliche Bedeutung hat also die Erblichkeit für die Paralyse nicht.

Grimme.

Luthers (241) sehr eingehende Untersuchung erstreckt sich auf 105 Familien mit 228 Einzelmitgliedern. Die Familien sind eingeteilt in eine Gruppe von Eltern und Kindern, im ganzen 36, und eine zweite Gruppe von nur Geschwistern, im ganzen 69. Von einem Gesetz der Gleichartigkeit der Psychosen bei Eltern und Kindern kann nicht gesprochen werden. Manisch-depressive Eltern haben zur Hälfte Kinder, die an andern Psychosen leiden, namentlich an Dementia praecox. Schizophrene Eltern haben dagegen überwiegend wieder schizophrene Kinder. Kinder von Eltern mit Psychosen des Rückbildungsalters leiden fast ausnahmslos an andern Störungen, meistens an Dementia praecox. Unter Geschwistern findet man fast in drei Vierteln der Fälle gleichartige Erkrankung. Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox kommt familiär häufiger zusammen vor als jede dieser Krankheiten für sich mit andern Psychosen. Der vererbende Einfluß der Mutter ist im allgemeinen stärker als der des Vaters und überträgt sich mehr auf die Töchter. Bei Kindern bricht in weitaus überwiegendem Maße die Psychose früher aus als bei den Eltern. *Grimme.*

Merklin (254) bespricht die aus den Jahren 1900—1913 stammenden Aufnahmen von Kranken aus den Städten Treptow und Greifenberg in die Treptower Anstalt als ein Gegenstück zu den Untersuchungen anderer Autoren über die aus Großstädten stammenden Geisteskranken. Er stellt wieder fest, daß in ländlichen und kleinstädtischen Verhältnissen Geisteskranke viel länger in den Familien zurückgehalten werden als in Großstädten. Ferner kamen aus den beiden Kleinstädten sehr selten Paralysen, während eine große Rolle unter der Zahl der Aufnahmen alkoholische Psychosen spielten. Auch Selbstmorde waren selten. Es überwogen die Schizophrenen, die manisch-depressiven und die senilen Kranken. *Grimme.*

Orr and *Rows* (299): In früheren Arbeiten bewiesen die Verf., daß bei der Infektion von Gehirn und Rückenmark die Lymphräume der Nerven eine wichtige Rolle spielen. So entstehen wahrscheinlich die progr. Paralyse und die Tabes dorsalis auf diesem Wege. Eine Infektion des Zentralnervensystems kann aber auch auf dem Blutwege zustande kommen. Versuche, in denen Staphylokokken in Zelluloidinkapseln in die Bauchhöhle von Tieren eingebracht wurden, sollten das beweisen. Es zeigte sich, daß durch die Infektion des Bauchsympathikus und die dadurch bewirkte funktionelle Störung das Gefäßsystem in Mitleidenschaft gezogen wurde, wodurch Veränderungen im Rückenmark bedingt wurden. Diese waren degenerativer Natur: primäre Degeneration des Myelins, Ödem, Wucherung der Neuroglia um die Gefäße, Anschoppung und Erweiterung der Gefäße, hyaline Degeneration. *Ganter.*

Myerson and *Eversole* (280) fanden Fälle von progressiver Paralyse, bei denen künstliches Licht keine Pupillenreaktion hervorrief, während die Pupille auf Tageslicht sich verengerte. Dies beruht nach den Verf. darauf, daß das diffuse Sonnen-



licht einen allseitigeren Reiz auf die Retina ausübt, als es ein einzelner künstlicher Lichtstrahl vermag. Zugleich erhob sich die Frage, ob die im Tageslicht vorhandenen Strahlen verschieden wirken. Die Verf. experimentierten mit photographischen Farbfiltern und untersuchten die konsensuelle Pupillenreaktion bei 40 Fällen von Geistes- und Nervenkrankheiten auf Rot, Grün und Blau. Sie fanden, daß die konsensuelle Reaktion auf diese Farben verschieden ausfällt. Die Reaktion auf Blau fällt zunächst aus, wenn es sich um eine Erkrankung handelt, dann wahrscheinlich Grün. Damit ist eine spezifische Farbenreaktion wahrscheinlich gemacht und ein Mittel gegeben, frühzeitig Pupillenstörungen zu erkennen. *Ganter.*

Myerson (279): Bei der progr. Paralyse steht, was die Spinalflüssigkeit betrifft, der Befund von Eiweiß, Globulin, Zellen und der Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion in einem gewissen Verhältnis zueinander. In der Remission verschwindet zuerst die W.-Reaktion, der vermehrte Zellen- und Globulingehalt nimmt ab, während der Eiweißgehalt ziemlich hoch bleibt. Dies läßt vermuten, daß in dem Vorläuferstadium die Zunahme des Eiweißgehaltes das erste Zeichen der Krankheit ist. Bei der *Korsakoff*schen Psychose, bei gewissen Geschwülsten und andern organischen Erkrankungen besteht ein Mißverhältnis zwischen Eiweiß und Globulin, insofern als entweder eine starke Vermehrung des Eiweißgehaltes ohne eine solche des Globulins stattfindet, oder eine starke Zunahme des Eiweißes von einer geringeren des Globulins begleitet ist. Aus diesen Tatsachen kann man schließen, daß die Vermehrung des Eiweißgehaltes auf einer ursprünglichen Reaktion des Nervensystems beruht und die erste und regelmäßigste in der Spinalflüssigkeit auftretende chemische und biologische Veränderung darstellt. *Ganter.*

Fuchs (114) hat festgestellt, daß Paraldehyd die positive *Wassermann*sche Reaktion beeinträchtigen und sogar aufheben kann Bei Verminderung des Komplements wurden die beeinflußten Fälle wieder stark positiv. *Grimme.*

Firth (101): Auf Grund seiner literarischen Studien und eigener Untersuchungen über das Verhalten der Pupille bei den verschiedenen Formen von Geisteskrankheit kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Das Verhalten der Pupille bei der progr. Paralyse ist sehr verschieden, am häufigsten ist die reflektorische Pupillenstarre, weniger häufig ist auch das Fehlen der Akkomodation. Bei Geistesstörungen auf Grund der Lues finden sich vorübergehend Störungen der Pupillenreaktion. Bei den alkoholischen Geistesstörungen kommt vereinzelt Lichtstarre vor, träge Reaktion ist nicht selten, Anisokorie ziemlich häufig. Alle diese Erscheinungen wechseln. Die epileptische Geistesstörung zeigt Pupillensymptome während der Anfälle. Bei den Schwachsinnsformen spielen Störungen der Reaktion keine nennenswerte Rolle, die Reaktion auf sensible und psychische Reize kann fehlen. Die Dementia praecox kann die mannigfachsten Symptome aufweisen: Fehlen der Reaktion auf sensible und psychische Reize, Ungleichheit der Pupillen und dergleichen. Dasselbe gilt für die manischen und depressiven Formen des Irreseins. *Ganter.*

Pighini (322) hat seine Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung des Gehirns bei der progressiven Paralyse fortgesetzt. Er berichtet über die Untersuchungen an 7 weiteren Gehirnen. Die Arbeit muß im Original nachgelesen werden. Es sei nur einzelnes hervorgehoben. Für das normale Gehirn gilt, daß seine chemi-

sche Zusammensetzung, was die Lipoidbestandteile, die Masse von Eiweißsubstanz und den Wassergehalt betrifft, sich bei den verschiedenen Individuen derselben Gattung ziemlich konstant erhält und während des Alters begrenzten Schwankungen unterworfen ist. Bei dem Paralytikergehirn weist der gesamte Lipoidgehalt einen beträchtlichen Mangel gegenüber dem des normalen Gehirns auf. Es ist reicher an Wasser, Cholesterin und Eiweißsubstanz, ärmer an den andern Lipoidfraktionen. Die Hirnsubstanz der Paralytiker fällt lipolytischen Prozessen anheim. Diese Hypothese wird gestützt durch die ausgedehnte Lipoiddegeneration, die bei der histologischen Untersuchung angetroffen wird. *Grimme.*

Kauffmann (200) berichtet über eine perniziöse Anämie bei einem bisher gesunden 48jährigen Manne, die mit leichten psychischen Störungen und schwereren Lähmungserscheinungen von seiten des Rückenmarks einherging. Es bestanden Atrophie der Optici und Glaukom., Paresen im Fazialis, und im Rückenmark ausgedehnte Veränderungen vom Lendenmark bis zur Medulla oblongata, namentlich der Hinterstränge. Die Veränderungen hatten sklerotischen Charakter; doch fanden sich auch akute Veränderungen an den Achsenzylindern und den Markscheiden. Die Hirnrinde war diffus erkrankt; daneben bestand eine Meningitis. *Grimme.*

J. Parhon et Mlle. *Marie Parhon* (305): Unter 11 Fällen von affektiven Psychosen fiel 8mal die Reaktion nach *Abderhalden* positiv aus, ein Umstand, der die Theorie von der Rolle der Schilddrüse und der Drüsen überhaupt für die Genese dieser Psychosen stützt.

In 4 Fällen von Paralysis agitans erhielten die Verf. mit dem Schilddrüsenextrakt und auch dem anderer Drüsen ein positives Ergebnis. Somit hat auch für diese Krankheit die Schilddrüse Bedeutung. *Ganter.*

Parhon und *Salini* (307) stellten in 54 Fällen, worunter 49 geisteskrank, die Kutireaktion mit dem aus der Schilddrüse und dem Ovarium der Kuh gewonnenen Extrakt an. Die Reaktion auf Schilddrüsenextrakt fiel in der Mehrzahl der Fälle von periodischem und maniakalischem Irresein positiv aus. Ebenso in 2 Fällen bei Frauen im klimakterischen Alter und in den Fällen von Dementia senilis. In den Fällen von Epilepsie und progr. Paralyse war die Reaktion meist negativ. Mit Ovarialextrakt zeigte sich die Reaktion bei der Dementia praecox 12mal (8 M. 4 Fr.) +, 4mal (2 M. 2 Fr.) ±, 3mal (3 Fr.) —. Ferner positiv bei einer Frau zur Zeit der Menses, negativ bei einem von einer periodischen Psychose geheilten Mädchen, positiv bei einem Imbezillen, bei einem Alkoholiker, in einem Fall von sekundärer Demenz. Die Reaktion mit dem Ovarialextrakt ließ nichts für das weibliche Geschlecht Spezifisches erkennen. *Ganter.*

Vallorta (422) untersuchte die Ausscheidungsverhältnisse des Harnstickstoffes und der Harnsäure in Fällen von Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Während des Erregungszustandes war die Ausscheidung dieser Stoffe höher als während des depressiven Stadiums. Der Unterschied in der Ausscheidung beim Übergang vom depressiven zum Erregungsstadium fiel bei ein und demselben Individuum größer aus als der Unterschied bei den verschiedenen Individuen überhaupt. Verf. betrachtet diese Veränderungen im Harnstoffwechsel als sekundäre Erscheinungen der psychischen Erkrankung. *Ganter.*





Abderhalden (1) gibt im Ärztlichen Verein in Halle einen eingehenden Überblick über seine Methode. Er schildert die biologischen Grundlagen, geht aber auf die Natur der Abwehrfermente nicht weiter ein und begnügt sich mit der Feststellung, daß die Leukozyten bei ihrer Entstehung von großer Bedeutung sind. Auch auf die praktischen Ergebnisse geht er nicht ein, erwähnt aber, daß er versucht hat, ein Serum zu bereiten, das gegen Tumoren eingestellt ist. In einzelnen Fällen wurde das Allgemeinbefinden und in ganz vereinzelten auch der Tumor (Karzinom) günstig beeinflußt. Unter Vorführung zahlreicher Apparate und unter Schilderung der Methode in großen Zügen weist er den Vorwurf zurück, daß die Reaktion „auf schwachen Füßen stehe". Durch den ganzen Vortrag geht die Mahnung, peinlich genau zu arbeiten und zunächst noch in der Beurteilung der Ergebnisse recht zurückhaltend zu sein. *Grimme.*

Nieszytka (291) berichtet über einen Vortrag über die Ergebnisse der *Abderhalden*schen Methode für die Psychiatrie. Er hält die serologische Diagnose der Dementia praecox für sicherer als die klinische und meint, daß das Dialysierverfahren zurzeit das einzige Mittel sei, objektiv festzustellen, ob Geisteskrankheit oder Simulation vorliege. Selbst eine forensische Bedeutung erkennt er ihr zu. Seine eigenen Untersuchungen haben es ihm wahrscheinlich gemacht, daß bei dem Versuch eine Komplementbindung vor sich geht. *Grimme.*

Mutermilch (276): Schilderung der Methode *Abderhalden*s und Übersicht über die deutsche Literatur. *Grimme.*

Alter (8) sieht in den Abwehrfermenten, die bei endogenen Erkrankungen im Serum nachgewiesen werden, nicht die gleichen Elemente, wie sie bei der parenteralen Zufuhr von artfremden Eiweißkörpern als eigentliche Abwehrfermente entstehen, sondern Zellprodukte, Zytolysine, die als autolytische Fermente einen Bestandteil des Zellorganismus bilden und infolge von gewissen schädlichen Prozessen innerhalb der Zelle aus ihr frei werden und in den Säftestrom eindringen und nun einen Circulus vitiosus begründen, wenn sie der Organismus nicht auszuschalten vermag. Die Abwehrfermente gegen Geschlechtsdrüsen z. B. sind Zytolysine aus diesen Drüsen. Das Auftreten verschiedener Abwehrfermente (im Sinne *A.*s) ist wahrscheinlich nur die Folge einer Allgemeinerkrankung, die an verschiedenen Stellen gleichwertige Folgerungen bedingt hat. *A.* hält es für verfrüht, aus dem gleichzeitigen Vorkommen verschiedener Abwehrfermente wechselseitige Zusammenhänge, Krankheitsarten und Ausgangsmöglichkeiten zu folgern. *Grimme.*

Bisgaad und *Korsbjerg* (36) haben das Dialysierverfahren nach *Abderhalden* nachgeprüft. Sie sind zu negativen Ergebnissen gekommen. Ihre Schlußsätze lauten: Wir haben die von *Fauser* mittels der A. B. ermittelten Resultate nicht bestätigen können. Zur Feststellung der Proteasenwirkung scheint die Ninhydrinmethode nicht fein genug. Wir haben bis jetzt nach neuen Methoden keine Fermentwirkung im Blute von Geisteskranken entdecken können. Es ist anzunehmen, daß Zufälligkeiten, wie etwa Staub, Unebenheiten oder ähnliches auf die Größe oder Art der molekularen Partikeln, welche die Ninhydrinverbindung ausmachen, Einfluß haben und somit die verschiedene Strahlenabsorption bedingen können. *Grimme.*

Schroeder (367) bespricht seine mittels der *Abderhalden*schen Reaktion ange-



stellten Untersuchungen. Er hält die 1proz. Peptonlösung für zu stark und hat deshalb eine 1/2proz. Peptonlösung als die zweckmäßigste festgestellt. Die Zubereitung der Organe hat er durch ein in besonderer Art konstruiertes Sieb sowie durch eine Organzerkleinerungsmaschine gleichmäßiger und schneller erreicht. Ferner schüttelte er die Organe vor dem Kochen mit Eisessig aus. Seine Ergebnisse stimmen in der Hauptsache mit denen anderer Autoren überein. *Grimme.*

Fauser (97) gibt die Protokolle seiner Versuche der „passiven" Übertragung der Fermente von Geisteskranken auf Kaninchen. Er spritzte einem weiblichen Kaninchen das gegen Ovarien reagierende Serum einer weiblichen Dementia praecox-Kranken ein und einem männlichen Kaninchen das gegen Hoden reagierende Serum eines männlichen Dementia praecox-Kranken und konnte dann nachweisen, daß das Serum der Tiere Ovarien und Hoden abbaute. Die Organ- wie Geschlechtsspezifität war gewahrt. Die Injektion von nicht fermenthaltigem Serum führte zu keiner positiven Reaktion. *Grimme.*

Fauser (96) teilt den weiteren Verlauf einiger bereits früher veröffentlichter Krankheitsfälle mit, in denen nach der Strumektomie eine Besserung im Befinden und im serologischen Befund eintrat. Er macht wieder auf die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Geschlechtsdrüse aufmerksam. Als einen weiteren, recht günstig durch die Strumektomie beeinflußten Fall schildert *Fauser* kurz den Befund bei einer 45 Jahre alten Dame, die seit Jahren wegen Depressionszuständen in Anstalten lebte. Auffallend ist hier der schnelle Eintritt des negativen serologischen Befundes von seiten der Hirnrinde und der Schilddrüse. Bei einer andern Dame, die Gehörstäuschungen hatte, aber nicht unter ihrem Einfluß stand, war ebenfalls eine Struma und eine schwach positive Reaktion mit Schilddrüse und Ovarium vorhanden. Bei den Endzuständen der Dementia praecox hat *Fauser* vielfach nicht mehr eine positive Reaktion der Hirnrinde bei Bestehenbleiben der positiven Reaktion der innersekretorischen Drüsen gefunden. Er spricht von einer „Toleranz" der Hirnrinde in solchen Fällen. *Grimme.*

Loeb (235) gibt zunächst einen sehr anschaulichen Überblick über die Fermente im allgemeinen, geht dann auf die *Abderhalden*schen Arbeiten und Anschauungen ein, bespricht in eingehender, klarer Kritik die Anwendung des Dialysierverfahrens zu serologischen Untersuchungen in der Psychiatrie. Er zeigt die Lücken in den Hypothesen *Abderhaldens*, sieht sich aber auch nicht durch die Ergebnisse befriedigt, sondern erblickt in mancher Schlußfolgerung und in der Art des Arbeitens einiger Autoren nur einen Circulus vitiosus. Trotzdem hält auch er an der Möglichkeit der Verwertung der Fermentmethoden in der Psychiatrie fest. Er ist überzeugt, daß die Schwierigkeiten in der Methodik selbst liegen. Ebenso kritisch beleuchtete er die jetzt schon gemachten therapeutischen Vorschläge. *Grimme.*

Kafka (193) gibt eine ausführliche Übersicht über die *Abderhalden*sche Dialysiermethode und seine eigenen Untersuchungen. Tierorgane, deren Verwendbarkeit von anderer Seite bejaht ist, hat er nicht verwandt. Gute Dienste bei der Entblutung der Organe hat ihm die *Goudsmit*sche Wasserstoffsuperoxyd-Methode geleistet. Weiter hat er die Erfahrung gemacht, daß die Durchlässigkeit der Hülsen im Laufe der Versuche eher ab- als zunimmt. Für die Dialyse genügt 1 ccm Blut



doch sind so viel als möglich Kontrollen einzustellen. Die Frage der Spezifität kann *Kafka* mit dem Hinweis auf seine Tierversuche bejahen. Körperlich gesunde Menschen bilden keine Abwehrfermente gegen die untersuchten Organe. Bei Basedow mit normaler Schilddrüse konnte ebenfalls keine Reaktion festgestellt werden. Auch Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, die sich klinisch als Afunktion äußern, führen nicht zur Bildung von Abwehrfermenten. An psychiatrischem Material hat *Kafka* über 250 Fälle untersucht. Bei der Dementia praecox konnte er die Ergebnisse *Fausers* bestätigen, hat aber als erster auch den Nebennierenabbau festgestellt.

Beim manisch-depressiven Irresein fand er keine Abwehrfermente; nur zeitweise bei Erregungszuständen Hirnabbau. Bei der Epilepsie konnte *Kafka* wieder als erster den Abbau von Schilddrüse im Anfall feststellen. Bei der Paralyse fand er Abwehrfermente gegen Gehirn, Schilddrüse, Niere, Leber; bei Lues cerebri nur gegen Gehirn; bei der Tabes gegen Rückenmark; beim Hirntumor nur gegen Gehirn. Bei den Alterspsychosen hält er das Dialysierverfahren für berufen, Untergruppen erkennen zu lassen. Das nicht geisteskranke Senium führt nicht zur Bildung von Abwehrfermenten, ebenso nicht die einfache, ruhige Imbezillität. Bei der Konstanz seiner Befunde hat *Kafka* therapeutische Versuche angestellt, die aber in den meisten Fällen keine Änderung des Blut- und klinischen Befundes brachten. *Grimme.*

Kafka (192) hat durch den Nachweis der *Abderhalden*schen Abwehrfermente im Urin die diagnostischen Hilfsmittel bedeutend bereichert. Der Urin wird im *Proskauer*schen Dialysator 5—6 Stunden gegen fließendes Wasser einer Vordialyse unterzogen. Saure Harne lassen sich gut verwenden, alkalische müssen neutralisiert werden. Am geeignetsten sind die frischen Morgenharne, die in sterilen Gefäßen aufgefangen werden.

Kafka hat 108 Harne von 99 Fällen untersucht. Es hat sich bestätigt, daß man tatsächlich in der Lage ist, unter geeigneten Bedingungen im Urin spezifische und inaktivierbare proteolytische Fermente nachzuweisen. *Grimme.*

Sioli (383) zeigt, daß die Befunde, die mit der *Abderhalden*schen Methode erhoben sind, zwar bei allen Untersuchern wiederkehrende Unterschiede in der Reaktion bei manisch-depressivem Irresein und andern Psychosen zeigen, daß aber die Befunde noch nicht so eindeutig sind, daß sie zur Diagnostik und Prognostik oder zur Grundlage von pathogenetischen Erörterungen herangezogen werden können.

Wegener (433) berichtet über Untersuchungen mittels der *Abderhalden*schen Reaktion. Auffallend war, daß bei rein katatonischen Krankheitszuständen stets Schilddrüse neben Hoden und Ovarien abgebaut wurde, während dies bei einfacher Hebephrenie nie der Fall war. Waren beim Jugendirresein schon geistige Defekte vorhanden, so wurde stets Gehirn abgebaut. Beim zirkulären Irresein wurden negative Reaktionen gefunden. Bei der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie entschied Gehirnabbau für Epilepsie. Fand sich dieser auch im Intervall, so wurde das Bestehen eines progredienten Krankheitsprozesses angenommen. Im Bereich der degenerativen Psychosen fand sich bei Asthenikern neben Schilddrüsenabbau auch Muskelabbau. Bei Paralyse, Lues cerebri und Tabes wurde Gehirn- und Rückenmarksubstanz abgebaut. In vielen Fällen war die *Abderhalden*sche Reaktion



ein feineres Reagens als die *W.-R.* Bei Meningitis, die vom Ohr ausging, wurde bei Gehirnabbau auf Ergriffensein des Gehirns geschlossen. Bei chronischem Alkoholismus Leberabbau. Bei Paralysis agitans Abbau von Gehirn, Nerven, Rückenmark und Muskel. *Grimme.*

Wegener (434) hat die Geschlechtsspezifität der *Abderhalden*schen Abwehrfermente wiederum festgestellt und am Tierexperiment die Beeinflussung der Abbauvorgänge durch Narkotika bewiesen. Hunde, denen Brom, Opium und Paraldehyd gegeben waren, bauten Gehirn- und Nervensubstanz ab. Bei Alkohol zeigte sich kein Einfluß. *Grimme.*

Kafka und *Pförringer* (194) haben im Tierversuch die Bildung der Abwehrfermente studiert, indem sie Kaninchen intraperitonäal Kaninchenorgane einspritzten, die zerkleinert und entblutet, von Bindegewebe und andern fremden Geweben befreit waren und nicht mehr auf Ninhydrin reagierten. Es traten absolut organspezifische und geschlechtspezifische proteolytische Fermente auf. Wurden die gleichen Organe verschiedener Arten (Kaninchen, Stier, Mensch) eingespritzt, so wurden sie gleichmäßig abgebaut.

In einem zweiten Versuch studierten sie die Wirksamkeit der weißen Blutzellen bei der Fermentbildung. Sie machten Kaninchen durch Einspritzung von Thorium X leukozytenarm und stellten fest, daß keine Abwehrfermente gebildet wurden. Beim nicht vorbehandelten Kaninchen trat nach Einverleibung des Antigens eine Vermehrung der weißen Zellen ein, die bald abklang. Wurde durch Natrium nucleinicum die Zahl der weißen Zellen beim Kaninchen vermehrt, so reagierte es wie ein Normaltier. *Grimme.*

Feiler (99) hat 11 Liquores, solche von Gesunden und solche von Kranken, bei denen aber eine Beteiligung der Meningen nicht vorlag, untersucht und hat in keinem dieser Fälle eine Hämolyse des Kaninchenblutes durch den Liquor feststellen können. Das Verhältnis von Blut und Liquor betrug 1 : 10. Er konnte also die Annahme *Zalozieckis* nicht bestätigen. Im menschlichen Serum kommen Kaninchenbluthämolysine nicht seltener vor als Hammelbluthämolysine; beide können in einzelnen Seris fehlen. Untersucht man einen meningitischen Liquor in einem solchen Falle, so wird man keine Hämolysine finden. Kaninchenblut kann aber nur da zur *Weil-Kafka*schen Reaktion herangezogen werden, wo außer den Ambozeptoren des Serums noch genügende Mengen von Komplement übertreten und diese Ambozeptoren aktivieren; also nur bei akuten Meningitiden, während zur Diagnose der Paralyse Kaninchenblut nicht brauchbar ist. *Grimme.*

Golla (124) berichtet über Untersuchungen mittels der *Abderhalden*schen Reaktion in der psychiatrischen Klinik in Breslau. Er hat 1 ccm Serum verwandt und dabei seltener positive Serumkontrollen gehabt. 12 Gesunde ergaben durchweg negative Befunde, ebenso 6 Fälle von Psychopathie und Hysterie, während 1 Psychopathie Abbau von Gehirn, Hoden und Leber und eine psychogene Depression Ovariumabbau zeigte. Beim manisch-depressiven Irresein konnte der *Fauser*sche Reaktionstypus nicht immer bestätigt werden. Bei der Dementia praecox überwog der Abbau von Gehirn, Schilddrüse und Geschlechtsdrüsen. Es konnte aber keine Konstanz im Abbau von Geschlechtsdrüsen festgestellt werden. Bei der Epilepsie



wurden unregelmäßig Gehirn, Schilddrüse, Geschlechtsdrüse, Leber und Niere abgebaut. Ein Einfluß vorangegangener Anfälle ließ sich nicht erkennen. Bei der Paralyse fehlte 6mal der Abbau von Gehirn; es fand sich daneben unregelmäßig Abbau von Schild- und Geschlechtsdrüsen, Leber, Niere, Nebenniere, Rückenmark. Bei Tabes überwog wieder die Reaktion auf Gehirn und Rückenmark, während bei 5 Fällen von Lues cerebrospinalis nur einmal Abbau von Gehirn stattfand.

Grimme.

Brückner (56) hat die *Weil-Kafka*sche Hämolysinreaktion nachgeprüft und gibt darüber ausführliche Protokolle. Er bestätigt die Untersuchungen *Kafka*s. Die Hämolysinreaktion findet sich in der Regel bei Paralyse, vorausgesetzt, daß der Ambozeptorgehalt im Serum ein hinreichend großer ist. Bei allen nicht luischen Kontrollfällen war sie negativ. Viermal wurde sie beim Versagen der W.-R. positiv gefunden, darunter zweimal als einzige der angewandten Reaktionen, abgesehen von der Goldsolreaktion. *Grimme.*

Kastan (198) bespricht eine Reihe von Fragen, die durch die Tatsache der Beziehungen der Abbauvorgänge zu den psychotischen Erscheinungen entstanden sind. Er unterscheidet unter den Abbauvorgängen drei Gruppen, solche, die er koordiniert oder pathognostisch nennt, solche, die subordiniert oder pathogen sind und die Psychose verursachen, und drittens die Prozesse, die durch die Psychose bedingt sind. Zu den koordinierten gehört der Abbau der Gehirnsubstanz, wie er in erster Linie bei der Paralyse besteht. Bei ihr gehören alle Abbauerscheinungen der Gruppe der koordinierten an. Bei den Abbauvorgängen bei der Dementia praecox, die zu den pathogenen gerechnet werden, bespricht *Kastan* das Verhältnis der schwindenden Thymus zu den sich entwickelnden Keimdrüsen. Hinsichtlich der Entstehung der Dementia praecox hält es *Kastan* für entscheidend, daß die Krankheit nur ausnahmsweise vor der Pubertät beginnt. Er bringt die Verwendung nicht synthetisch verarbeiteter Nukleinsäure im Haushalt des Körpers mit der Entstehung der Dementia praecox in Verbindung. Auch bei den symptomatischen Psychosen werden unter Hinweis auf die Befunde an Lipämie, Hyperglykämie, Milchzucker u. a. Störungen in den Abbauvorgängen, die pathogen wirken sollen, vermutet. Zu der dritten Gruppe rechnet *Kastan* die Befunde beim manisch-depressiven Irresein, den Abbau von Nebennieren, Leber, Keimdrüse, wie ihn *Kafka*, *Binswanger* und *Wegener* gefunden haben, indem er die Schädigungen dieser Drüsen durch die Veränderungen in der Blutverteilung, die ihrerseits wieder eine Folge des Affektes sei, begründet sieht. *Grimme.*

Mayer (251) berichtet über die an 138 Kranken angestellten Untersuchungen mittels der *Abderhalden*schen Reaktion. Seine Ergebnisse und die anderer Autoren geben ihm keine Aufschlüsse über die Entstehung der Geisteskrankheiten. Bei dieser pathogenetischen Unklarheit und Unsicherheit lehnt er therapeutische Eingriffe bei Psychotischen, insbesondere chirurgische, ab.

Untersucht wurden: 12 geistig und körperlich gesunde Pfleger mit völlig negativen Reaktionen. Bei 13 Fällen von Hysterie und Psychopathie ebenfalls negative Reaktionen mit Ausnahme von 2 positiven mit Testikeln und Thyreoidea. Auch 5 Fälle von paraphrenisch-paranoiden Erkrankungen waren im allgemeinen

negativ, desgleichen 16 Fälle von manisch-depressivem Irresein, auch bei stärkerer Erregung. Die Dementia praecox ist nach dem Verlauf in 3 Gruppen eingeteilt. Fast alle Fälle reagierten mit Geschlechtsdrüse positiv, zwei Drittel mit Schilddrüse und ein Drittel mit Hirnrinde. Sieben Fälle der subakuten Form waren vollkommen negativ. Von 15 Fällen im Endzustande der Dementia praecox waren 12 ebenfalls ganz negativ. 12 Fälle von Paralyse reagierten sämtlich positiv mit Hirnrinde. Die Verwendung tierischer Organe hält *Mayer* für angängig. *Grimme.*

Pesker (314) stellte bei Geisteskranken Untersuchungen an über die Lipase, Amylase, das Zucker bildende Ferment und das Antitrypsin und über das Verhältnis dieser fermentativen Prozesse zu den Ergebnissen der *Abderhalden*schen Reaktion. Der Antitrypsingehalt ist bei der Paralyse, Lues cerebri und Dementia praecox erhöht. Er ist im allgemeinen erhöht bei solchen Krankheitsformen, bei denen im Organismus ein energischer Eiweißzerfall vor sich geht. Bei der Paralyse und Lues cerebri findet sich hauptsächlich Gehirnabbau; bei der Dementia praecox Abbau von Geschlechtsdrüsen und erst sekundär von Gehirn. Bei den funktionellen Psychosen kein Abbau. *Grimme.*

Schultz (370). Blutuntersuchungen bei über 100 Geisteskranken. Die Untersuchung des Blutes ergibt objektive Begleiterscheinungen von prognostischer und diagnostischer Bedeutung bei der Dementia praecox und der Epilepsie. Beim manisch-depressiven Irresein ist der Blutbefund ein normaler. Bei der Dementia praecox ist der Befund ein verschiedener, je nach dem Stadium. *Schultz* unterscheidet die Blutbilder bei den Erstattacken, den chronischen Fällen und den Endzuständen. Während der Stupor bei hysterischen und zirkulären Krankheitsformen normale Blutbilder zeigt, findet man beim Stupor der Dementia praecox die „kapilläre Erythrostase". Sie ist ein prognostisch ernstes Zeichen, das auch bei Erstattacken und bei neuen Schüben chronischer Fälle sehr häufig ist und gelegentlich den klinischen Erscheinungen vorangeht. Bei Zirkulären, Hysterischen, Epileptischen, Schwachsinnigen, Arteriosklerotikern und Paralytikern wurden normale Erythrozytenzahlen gefunden. Bei der Dementia praecox ist die Ausbildung einer „kapillären Erythrostase", einer deutlichen Lymphozytose, das Zurücktreten der Polynukleären und deutliche Schwankungen der Eosinophilen prognostisch ungünstig, während ein Normalbleiben des Blutes oder Rückbildung der „kapillären Erythrostase" und Konstanz der lymphozytären und eosinophilen Elemente prognostisch günstig ist. — Im epileptischen Anfall findet man lymphozytäre Leukozytose mit Eosinogenie; er läßt sich hämatologisch von funktionellen und organischen Konvulsionen mit Ausnahme der Urämie, die im Anfall ein ähnliches Blutbild zeigt, abgrenzen. Die organische Konvulsionsleukozytose ist eine Polynukleose. In vielen Fällen gehen dem epileptischen Anfalle die Blutveränderungen stunden- oder tagelang voraus. *Grimme.*

Ilten (176). Beiträge zu den Blutbefunden bei Schizophrenien und Epilepsie. Bei den Schizophrenen zeigen die Hämoglobinwerte keine Abweichung. Die roten Blutkörperchen sind oft vermehrt, und zwar namentlich bei katatonischen und stuporösen Zuständen. Die Zahl der Leukozyten ist im allgemeinen erhöht; bei Hebephrenen mehr als bei Katatonikern. Bei frischen Fällen und bei akuten Schüben



kommt die Steigerung besonders häufig vor. Bei Verschlechterung des Zustandes nimmt die Zahl der Lymphozyten auf Kosten der Neutrophilen und Eosinophilen zu. Bei günstigem Verlaufe wurden entgegengesetzte Vorgänge beobachtet. Erregungszustände zeigten ein Ansteigen der Leukozyten unter vorwiegender Beteiligung der Neutrophilen und wechselndem Verhalten der Eosinophilen. Die Lymphozytose und Eosinophilie werden auf pathologische Funktion der Blutdrüsen zurückgeführt. — Bei der Epilepsie sind vor, zur Zeit und nach dem Anfalle die Gesamtleukozytenwerte erhöht. Nach dem Anfall verringert sich die Zahl der Lymphozyten alsbald, während die Neutrophilie und Eosinophilie zunächst noch zunimmt. Die Vermehrung der Lymphozyten geht dem Anfalle längere Zeit voraus. Diese einleitende Lymphozytose spricht dafür, daß dem Anfall eine Anhäufung toxischer Stoffe zugrunde liegt. *Grimme.*

Hirschfeld und *Klinger* (165). Die Untersuchungen betrafen die Beziehungen, die zwischen der Komplementfunktion und den übrigen, nur dem aktiven Serum eigenen Wirkungen bestehen. *Grimme.*

Grahe (130) hat die bekannten Methoden zur Bestimmung des Eiweiß- und Globulingehalts in Liquor cerebrospinalis nachgeprüft und miteinander verglichen. Von seinen Ergebnissen ist zu erwähnen: Dem Eiweißgehalt erkennt er eine physiologische Breite von $^1/_8$ — $^1/_2$% zu; unter $^1/_8$ sei normal, über $^1/_2$% pathologisch. In 84% der Fälle stimmte die Methode nach *Nißl* mit der nach *Brandberg* überein. Feinere Schwankungen sollen in der Methode nach *Nißl* nicht zum Ausdruck kommen. Bei der Bestimmung der Globuline zeigt die neuere *Pandy*sche Reaktion gute Übereinstimmung mit der *Nonne-Apelt*schen. Der Globulin- und Eiweißgehalt geht im allgemeinen miteinnader parallel. Für einzelne Krankheiten gibt es keinen charakteristischen Globulin- und Eiweißgehalt. *Grimme.*

Hieronymus (162) hat den Gehalt an Komplement und Ambozeptor im Blutserum auf einfache Weise untersucht. Zu abfallenden Dosen des aktiven Serums 0,5, 0,4, 0,3, 0,2, 0,1, 0,08, 0,06, 0,04, 0,02 setzt er 0,5 5% Hammelblutkörperchenaufschwemmung und füllt auf 2,5 Gesamtvolumen auf. Wasserbad 37° für 20 Minuten. Findet sich in den oberen Röhrchen bis 0,2 Serumlösung, dann ist reichlich Komplement und Ambozeptor vorhanden. Bei völliger oder teilweiser Hemmung ist Schwund oder Verminderung des Komplements oder des Ambozeptor vorhanden. Es wird zur Entscheidung zu jedem Röhrchen je 0,1 Immunambozeptor nach dem Vorversuch zugesetzt. Tritt Lösung ein, dann hat Fehlen oder Verminderung des Normalambozeptor vorgelegen; bleibt die Hemmung, dann fehlt das Komplement oder ist vermindert. In diesem Falle ist man noch nicht über den Gehalt an Normalambozeptor unterrichtet. Deshalb eine neue Versuchsreihe mit Zusatz von 0,05 Meerschweinchenkomplement. Untersucht wurden 610 Sera. Ergebnis: unter 33 Paralysen je 4mal Fehlen und Verminderung des Komplements und 7mal Fehlen des Ambozeptor und 5mal Verminderung. Bei 14 Fällen von Lues cerebri 2mal Fehlen des Komplements und Ambozeptors und 1mal Verminderung des Komplements. Bei Alkoholismus je 1mal Fehlen und Verminderung des Komplements und 8mal Fehlen des Ambozeptors. Bei 304 Fällen von Dementia praecox 10mal Fehlen und 15mal Verminderung des Ambozeptors und 17mal erhöhter Komplement-



gehalt. Völliger Mangel an Komplement geht mit völligem Fehlen des Ambozeptors einher. Völliger Komplementmangel nur in solchen Fällen von Lues, die mit den Zeichen einer schweren Schädigung des Zentralnervensystems einhergehen (Bestätigung der Befunde *Kafkas*). Verminderung des Komplements und des Ambozeptors findet sich relativ oft bei Syphilis und Metasyphilis (*Kafka*). Bei Schizophrenen und Epileptikern zum Teil eine Erhöhung des Komplementgehaltes. Bei alkoholischen Psychosen in über 30% Schwund des Ambozeptors. *H.* legt sich die Frage vor, ob nicht die Schädigung oder Vernichtung der hämolytischen Kraft bei Lues und Alkoholismus auf einer Störung der Leberfunktion beruhe. *Grimme.*

Stuchlik (407) teilt zwei hierher gehörende Fälle mit. Im ersten Falle handelt es sich um eine 62jährige Patientin, die klinisch als „Dem. senilis" diagnostiziert wurde. Diese erzählt, sie sei in Wirklichkeit nicht in der Anstalt, sondern zu Hause, wo sie schläft und im Schlafe träumt, daß sie im Irrenhaus ist, dort arbeitet, ißt, spricht usw. Der Pat. fehlt das Bewußtsein ihrer Handlungen als ihrer eigenen, vom eigenen Willen und Streben ausgehenden — was ein Symptom der von Prof. *Heveroch* aufgestellten Ichtumsstörung darstellt. Der zweite Patient, 21jähriger Mediziner, leidet an Störung des Überzeugungsvermögens. Es handelt sich um eine Übergangsform von gewöhnlicher „Nervosität" zu typischer Form der *Heveroch*schen Störung. *Jar. Stuchlik* (Zürich).

Stuchlik und *Netoušek* (408/283): Die zweite Arbeit ist ein Übersichtsreferat. Die erste Arbeit behandelt das Thema: Über die Möglichkeit, Grenzen und gegenwärtige Methoden der Erforschung von somatischen Veränderungen bei Geisteskrankheiten und die Beziehungen dieser Veränderungen zu den psychischen Symptomen der Erkrankungen. Besprochen sind neben der *Abderhalden*schen Reaktion verschiedene Modifikationen der W.-R. (mit Bezug auf ihre Verwertung in der Psychiatrie), die „Psychoreaktion" von *Much. Holzmann*, *Weichhardt*sche Reaktion u. a. m. Neben den serologischen ist auch den biochemischen Untersuchungen (des Liquors und anderer Körpersäfte) ein Teil der Arbeit gewidmet.
Jar. Stuchlik (Zürich).

Münzer (274). Ausführliche und recht anschauliche Wiedergabe einer Erkrankung, die durch das Symptom des Verlustes des Ichbewußtseins gekennzeichnet war. Es ging nicht nur das Persönlichkeitsgefühl verloren, so daß die Kranke sich selbst fremd wurde, sondern es änderten sich auch die Beziehungen der Kranken zur Außenwelt, namentlich die zu ihren Angehörigen. Die Krankheit, die nach einer Dauer von mehreren Monaten in Genesung überging, befiel eine geistig hochstehende und geistig regsame junge Dame. Es werden die psychologischen Grundlagen, die der Störung zugrunde liegen könnten, erörtert und die Einreihung der Erkrankung in bekanntere Krankheitsbilder besprochen. *Grimme.*

Parhon (303) berichtet über 3 Fälle von einer besonderen Art Verfolgungswahnsinn mit Zornmutigkeit bei Frauen. Diese Zornmutigkeit erinnerte an die bei Basedowkranken und bei Frauen mit Insuffizienz der Ovarien vorkommenden. In der Tat fand Verf. Mononukleose, wie sie sich bei Basedowkranken oder bei mit Schilddrüsensubstanz behandelten Tieren findet. Damit hält es Verf. für erwiesen, daß die psychischen Störungen (Zornmutigkeit) seiner Kranken ihre Ursache in einer Erkrankung der Schilddrüse hatten. *Ganter.*



A. Pick (317) hat das *Bell*sche Phänomen in Verbindung mit Blinzeln bei einem an ausgebreiteter Encephalitis in der linken Großhirnhälfte leidenden und somnolenten Kranken beobachtet. *Pick* sieht darin die Bestätigung einer theoretischen Annahme. *Grimme.*

Schuppius (373) hat sich bei der Betrachtung seiner Fälle von Eifersuchtswahn, die die verschiedensten klinischen Krankheitsbilder umfassen, die Frage vorgelegt, „ob sich zwischen der einfachen wahnhaften Eifersucht und dem systematischen Eifersuchtswahn eine scharfe, auch klinisch zu rechtfertigende Trennung durchführen läßt, d. h. ob sich in der Entstehung und Entwicklung des Wahns der ehelichen Untreue bei beiden Formen Unterschiede ergeben, oder ob beide auf dieselben Elemente zurückzuführen sind". Die Berechtigung zu dieser Trennung wird verneint, und *Schuppius* hält die beiden Bezeichnungen nicht für zweckmäßig, weil sie nur nach äußeren Gesichtspunkten bestimmt seien und über wesentliche Punkte, namentlich über die klinische Zugehörigkeit des Einzelfalles und die Prognose, nichts aussagten. Die Gründe für die Ausgestaltung der Eifersucht in eine der beiden Richtungen erblickt *Schuppius* in der Besonderheit der zugrunde liegenden Psychose. Ebenso wird mit Recht ein gesetzmäßiger innerer Zusammenhang zwischen dem Alkohol und der Eifersucht verneint und angenommen, daß bei allen Fällen eine besonders gesteigerte Affektivität, ein beliebig gearteter Anlaß und vielleicht auch eine gewisse, in der Persönlichkeit liegende Disposition für die Entstehung einer krankhaften Eifersucht als Vorbedingungen Geltung hätten.

Grimme.

Hatscheck (146). Angstzustände und Phobien einerseits, motorische Erregungszustände und triebartige Handlungen andrerseits werden aufgefaßt als phylogenetische Reste von Flucht- und Abwehrreflexen, die mit der Entwicklung des Großhirns zurückgedrängt wurden, bei der Beeinträchtigung der Großhirnwirkung aber wieder aufleben. Das Zusammenfahren beim Erschrecken wird als ein Rest des Klettersprunges des flüchtenden Affen erklärt. *Grimme.*

Rothmann (346). Besprechung des *Bárány*schen Zeigeversuches auf Grund eines Krankheitsfalles, bei dem es sich um eine posttraumatische, subpiale Blutung ungefähr im Gebiete des linken Gyrus supramarginalis, verbunden mit einem Ödem der Pia in der Umgebung, und um ein Aneurysma im hinteren Aste der linken Arteria temporalis superfic. handelte. Abgesehen von einem leichten Schwindelgefühl, bestanden keine zerebellaren Symptome. Klinisch wies bei der Untersuchung auch nichts auf eine Störung in der Innervation der Arme hin. Abweichungen beim *Bárány*schen Zeigeversuch können bei Erkrankung des Kleinhirns fehlen und bei Gesundsein des Kleinhirns auftreten. Auch bei Erkrankung des Großhirns kann er Richtungsstörungen erkennen lassen; er kann hier gelegentlich sogar das einzige nachweisbare Symptom einer Störung der Innervation der Extremitäten sein.

Grimme.

Sokolov (384) hat bei einer an Schizophrenie leidenden gebildeten Kranken Untersuchungen über die experimentelle Auslösung von Gehörstäuschungen durch periphere Reize angestellt. Er gibt darüber ausführliche Protokolle. Er hat die Gehörstäuschungen durch akustische, taktile, kalorische galvanische Reize auslösen

können. Die akustischen Reize erwiesen sich als am geeignetsten. Zwischen der Tonhöhe der akustischen Reize (*Bezold*sche Tonskala) und der Tonhöhe der Gehörstäuschungen besteht eine gesetzmäßige Abhängigkeit, so daß die Tonhöhe der Halluzinationen der Tonhöhe des Reizes entspricht. Dem Rhythmus des Reizes entspricht ferner der gleiche Rhythmus der Gehörstäuschungen. Bei einem gleichzeitigen Auftreten von optischen Halluzinationen konnte keine Abhängigkeit von der Tonhöhe der Stimmgabel festgestellt werden; ebenso ist die Auslösung der Gehörstäuschungen unabhängig von der Art des angewandten elektrischen Stromes und seiner Stärke. *Grimme.*

van der Scheer (358) führt in seiner sehr eingehenden Arbeit unter den Fällen der nicht puerperalen Osteomalazie einen nur dem klinischen Bilde nach ähnlichen Fall an, der durch hochgradige Osteoporose bedingt war und deutlich die Schwierigkeiten der klinischen Diagnose beweist. Daß bei der nicht puerperalen Knochenerweichung das Becken freibleibt, hat *v. d. Scheer* nicht bestätigen können. Eingehend wird die Diagnose der Erkrankung auf Grund der Literatur besprochen. Für die Störungen in der Bewegungsfähigkeit macht er neben den anerkannten Ursachen auch noch eine allgemeine Muskelschwäche verantwortlich. Neben der Muskelschwäche kann man unter der Summe der Erscheinungen eine erhöhte Reizbarkeit des Nervensystems feststellen. Zurückzuführen sind diese Motilitätsstörungen in allen ihren Erscheinungsformen und mit allen ihren Begleiterscheinungen, den Kontrakturen, Krämpfen, dem Intensionszittern, den Sensibilitätsstörungen, den angiospastischen Erscheinungen, der Steigerung der Muskelerregbarkeit und der Reflexe usw., in letzter Linie auf eine Störung des Kalkstoffwechsels, wie sie bei der Osteomalazie besteht. *Grimme.*

Kastan (199). Es wird versucht, die Dysfunktion von Keimdrüsen und Thyreoidea zu spezialisieren. Die Thyreoidendysfunktion ist die des Myxödems. Die Keimdrüsendysfunktion beruht auf den Substanzen (Nuklein), die der Thymus angehörten und bei der Pubertät von dort in die Keimdrüsen übergeführt wurden. *Grimme.*

W. Mayer (252) schildert zwei Fälle psychischer Erkrankungen mit nachweisbarer Dysfunktion von Drüsen innerer Sekretion (Schilddrüse und Keimdrüse), bei denen zwischen der Drüsenfunktion und der psychischen Erkrankung in dem einen Falle sicher, im andern sehr wahrscheinlich ein ursächlicher Zusammenhang befand. In beiden Fällen entsprachen die psychischen Symptome durchaus rein endogenen Erkrankungsbildern. Unter kurzer Erwähnung der *Bonhoeffer*schen Lehre von dem exogenen Schädigungstypus, zu der schon *Specht* Stellung genommen hat, wird im allgemeinen die Hypothese eines Zusammenhanges zwischen den sogenannten endogenen Erkrankungen und einer Hyper- oder Hypofunktion (bei den manisch-depressiven Zuständen) und einer Dysfunktion (bei der Dementia praecox) des Drüsenapparates besprochen. *Grimme.*

Horwitz (173) hat in der Münchener Klinik die Merkfähigkeit bei der Hysterie und der Psychopathie untersucht. Diese Krankheitsgruppen wurden wegen der bei ihnen öfters vorkommenden Erinnerungsfälschungen, phantastischen Lügen und Schwindeleien zu dieser Untersuchung genommen. Die Arbeit muß im Original



nachgelesen werden. Es sei nur hervorgehoben, daß bei einzelnen labilen und phantastischen Jugendlichen und bei depressiven Psychopathen eine entschiedene Merkstörung festgestellt wurde, während im allgemeinen die Ergebnisse von denen bei Gesunden nicht sehr unterschieden waren. *Grimme.*

Mohr (265) hält das Bestehen eines hysterischen Fiebers für sicher. Er hat bei einer Patientin durch hypnotische Suggestion ein seit längerem bestehendes Fieber sofort zum Schwinden bringen und später wieder erzeugen können. Ebenso konnte er durch Hypnose die Magensaftsekretion und einen katarrhalischen Schnupfen beeinflussen. *Grimme.*

Heise (153). Das Ekzem entstand bei einer jungen, gesunden Pflegerin, die in der vorangehenden Nacht von 3 Kranken überfallen war. *Grimme.*

Gaupp (118) hat auf der Verhandlung des Deutschen Kongresses für innere Medizin in Wiesbaden (31. Kongreß) den ersten Teil des Referates über „Wesen und Behandlung der Schlaflosigkeit" übernommen. Er gibt zunächst eine allgemeine physiologische und psychologische Einleitung über Wesen und Bedeutung des Schlafes. Er verlangt eine deutliche Unterscheidung der Begriffe „Müdigkeit" und „Ermüdung". Müdigkeit ist ein subjektives Gefühl, das anzeigt, daß unsere physische und psychische Kraft abnimmt, Ermüdung ist der objektive Zustand dieser Verminderung. Für das Verständnis der Schlafstörungen ist wichtig, daß das Eintreten des Schlafes in erster Linie an die Müdigkeit, nicht an die Ermüdung gebunden ist. Denn trotz großer objektiver Kraftausgabe kommt es nicht zum Einschlafen, wenn das Gefühl der Müdigkeit verscheucht ist. Müdigkeit und Ermüdung, das subjektive Gefühl und der objektive Zustand brauchen nicht miteinander parallel zu gehen. Für die Kenntnis vom Wesen des Schlafes ist es von Bedeutung, daß neuere Arbeiten erwiesen haben, daß Blutvolumen und Blutdruck des Gehirns im Augenblick des Einschlafens eine Vermehrung und Erhöhung erfahren. Von den zahlreichen Theorien über Wesen und Entstehung des Schlafes sind die neueren chemischen und serologischen von *Verworn* und *Weichhardt* am einflußreichsten gewesen. Aber auch sie stimmen nicht mit dem Tatsächlichen überein; denn körperliche und geistige Überanstrengung verscheucht oft den Schlaf. Ebenso werden die französischen Theorien, die den Schlaf als etwas Zweckdienliches auffassen, ihm den Charakter des Instinktes verleihen, der sich ganz nach den Umständen, „nach dem Gesetz des momentanen größten Interesses" ändert, nicht allen Tatsachen gerecht. Ausschlaggebend ist für die Stunde des Einschlafens die Beschaffenheit der Psyche. Dies beweisen normale und psychologische Zustände. In der Symptomatologie werden die Dauer und Tiefe und die verschiedenen Typen des Schlafes besprochen, ferner das erschwerte Einschlafen, die frühzeitige und häufige Unterbrechung, die Erscheinungen im Kindesalter und bei psychotischen und nervösen Zuständen. *Grimme.*

Eulenburg (94) berichtet über einen Fall von Schlafsucht, der 4½ Jahre angedauert hat. Die erste Mitteilung hierüber machte *E.* 1906 in Nr. 42 der M. Kl. Es handelt sich um einen bei Beginn der Schlafsucht fast 45jährigen Beamten, der in der letzten Zeit vor Beginn des Schlafes in seiner psychischen Leistungsfähigkeit nachließ, ein Strafverfahren wegen Verdachts der Veruntreuung erwartete, auf dem



Wege zum Termin auf den Hinterkopf fiel, bewußtlos wurde und 10 Tage später in den Schlafzustand verfiel. Ganz allmähliches Erwachen nach 4½ Jahren. Während des Schlafes Erhaltensein einer gewissen Bewegungsautomatie bei der Nahrungsaufnahme sowie beim Aufsetzen im Bette, beim Gehen und Stehen. Der Kranke konnte später wieder eine Stellung annehmen und befriedigend durchführen. *E.* hält den Schlafzustand nicht für hysterisch; eine befriedigende Erklärung für ihn hat er nicht. Die verschiedenen Theorien des Schlafes passen nicht für diese „krankhaften, permanenten Schlafzustände" oder „hypnoiden Zustände".

Grimme.

IV. Therapie.

Weygandt (445). Übersicht über die nervösen und psychischen Erkrankungen im Felde und ihre Behandlung bis zur Einlieferung in die Anstalten. *Grimme.*

Heller (155) gibt auf Grund seiner reichen Erfahrung eine umfassende Darstellung der Therapie der verschiedensten geistigen Schwächezustände einschließlich der nervösen und psychopathischen Konstitutionen. Kurze, treffende, psychologisch-pädagogische Betrachtungen der Krankheitsbilder leiten die einzelnen Kapitel ein. Das Buch bildet eine Ergänzung des glänzend kritisierten Grundrisses der Heilpädagogik desselben Verfassers.

Hauber (147) berichtet über therapeutische Versuche mit Nukleinsäureinjektion bei Psychosen. Die Versuche sind seit 1910 in Rufach angestellt bei Paralysen, bei der Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein. Die Ergebnisse waren derart, daß von tatsächlichen Erfolgen nicht gesprochen werden kann. Das Natrium nucleinicum ist bei entsprechender Auswahl der Fälle ein völlig unschädliches Präparat, das prompt Fieber und Hyperleukozytose erzeugt und eine anregende roborierende Wirkung ausübt. Diese scheint den Boden für später auftretende Remissionen vorzubereiten. Eine Unterstützung der Kur durch diätetische Anordnungen, Liegekuren und auch durch eine Arbeitstherapie ist sehr zu empfehlen. Bei der Paralyse wurde eine Vermehrung der Remissionen beobachtet; ein längerer Stillstand der Erkrankung war aber nicht zu erreichen. Auch bei der Dementia praecox gab es Besserungen; doch treten diese auch spontan auf. Immerhin wurde der Eindruck gewonnen, daß die Nukleinbehandlung bei einzelnen Fällen von Nutzen gewesen war. Dies gilt aber nur für relativ frische Erkrankungen. Bei den manisch-depressiven Fällen war kein Einfluß festzustellen. *Grimme.*

Happich (144) geht davon aus, daß die während des Schlafes bestehende Erweiterung der Gehirngefäße die Folge einer Herabsetzung des Tonus ist, während die bei gesteigerter Aufmerksamkeit bestehende Erweiterung durch einen Erregungszustand des vasomotorischen Zentrums für Gefäßerweiterung herbeigeführt wird. Er glaubt, daß die Schlafstörungen zellulärer oder vasomotorischer Natur seien oder auf einer Störung der Beziehungen zwischen Hirnrindenzelle und Gefäßen beruhten. Zum Eintritt und zur Fortführung des Schlafes ist ein ganz besonderes Verhalten der Gehirngefäße nötig, dessen Bildung durch Impulse von den Hirnrindenzellen aus oder durch Erregung oder Alteration des Gefäßsystems selbst verhindert werden kann. Die Behandlung muß darauf hinzielen, einen Zustand von



Reizlosigkeit psychisch und somatisch zu schaffen. Der Hauptangriffspunkt bei der Behandlung ist für *Happich* das Gefäßsystem. Ist die Automatie des Einschlafens verloren gegangen, so ist sie wiederherzustellen; die Kranken müssen das Einschlafen wieder lernen. Zum Schluß bespricht *Happich* einzelne Schlafmittel besonders.
Grimme.

Goett (122) nimmt in seinem sehr lesenswerten Vortrag über die Psychotherapie in der Kinderheilkunde kritisch zu den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren Stellung, die in der Kinderpraxis angewandt werden können. Die Methode *Dubois'* in Bern, sich an den Verstand der Kranken zu wenden, ihm durch Überreden eine andere Überzeugung beizubringen, wird unter Umständen von ihm nicht verschmäht. Der *Freud*schen Psychoanalyse erkennt er nur einen bedingten Wert zu, während das kathartische Verfahren Franks ihm eher empfehlenswert erscheint.
Grimme.

Birnbaum (35) hat das Valamin, den Isovalerianester des Amylenhydrats, in der gynäkologischen Praxis erprobt und bei nervösen Verstimmungen und Erregungszuständen, bei nervöser Schlaflosigkeit und andern derartigen Störungen recht bewährt gefunden. *Grimme.*

Salomon (353). Phenoval, ein dem Phenazetin und der Baldriansäure verwandtes Präparat (chemisch: α-Brom-isovaleryl-paraphenetidin) ist ein neues Beruhigungsmittel, das bei *J. Riedel* fabriziert wird. Es wirkt nach den Untersuchungen *Salomons* günstig bei Kopfschmerz, vor Operationen aufgeregter Kranker, ferner schmerzlindernd bei Zahnschmerzen und als Schlafmittel in allen Fällen, in denen körperliche Schmerzen den Schlaf stören. Die Dosen betragen 0,5—1,0 g. *Grimme.*

Reichel (334) versuchte Medinal bei 39 Pat., die schon meist an andere Hypnotika gewöhnt waren, so daß neben der gewöhnlich ausreichenden 0,5 g-Dosis öfters die 1,0 g-Dosis gegeben werden mußte. Der Schlaf dauerte die ganze Nacht; auch dann, falls kein Schlaf eingetreten ist, blieben die Pat. ruhig und still auf dem Bett. Extrem selten reagierten einige Pat. auf die 1,5 g-Dosis; bei solchen hat sich dann zweistündige Ordination von 0,25 g-Dosen bewährt. Irgendwelche unangenehme Folgen hat Verf. nicht beobachtet, trotzdem er das Präparat auch bei Tuberkulösen, Nephritikern, Arteriosklerotikern, Herzkranken usw. angewendet hat. Ebenfalls keine Angewöhnung konnte konstatiert werden; manche Pat. schliefen nach 30—45tägiger Behandlung auch nach gewöhnlichen Dosen gut ein.
Jar. Stuchlik (Zürich).

Zuelchaur (460) hat das von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel in den Handel gebrachte neue Schlafmittel Dial-Ciba-Diallylbarbitursäure bei Neurosen, Neurasthenie, Hysterie und bei Psychosen ausprobiert. Es wirkt in kleineren Dosen als Veronal und ist etwas billiger als andere Originalpräparate. Es kommt in Tabletten in der Stärke von 0,1 in den Handel. Bei leichteren Fällen von Schlaflosigkeit wirken schon 1—1½ Tabletten; bei stärkeren Störungen, wie sie bei Psychosen vorkommen, müssen 2—4 Tabletten gereicht werden. Auch als Sedativum war es in der Dosis von 3mal täglich 1 Tablette wirksam. *Grimme.*

Wernecke (439) berichtet über Dial-Ciba, das er an 34 Fällen von Geisteskrank-



heit probiert hat. Es ist bei leichteren und mittelschweren Fällen von Schlaflosigkeit in Dosen von 0,1—0,3 ein brauchbares Schlafmittel. Bei schweren Erregungen versagt es zum großen Teil und ruft auch vorübergehend Nebenerscheinungen hervor. *Grimme.*

C. Schmidt (363) berichtet günstig über das neue Schlafmittel Dial-Ciba bei Psychosen. Bei Paralytikern, arteriosklerotisch Dementen und hochgradig manisch Erregten war die Wirkung weniger gut. Als Schlafmittel wirkte es in der Dosis von 0,1—0,2. *Grimme.*

Juliusburger (186) berichtet über seine Versuche mit dem neuen Schlafmittel Dial-Ciba. Bei schwereren Erregungszuständen psychomotorischer Art sah er keine nennenswerte Wirkung, eine gute dagegen bei Angstzuständen in der Dosis von 0,05—0,01 3mal täglich. Auch als Schlafmittel wirkte es meistens schnell und nachhaltig in der Stärke von 0,1. *Grimme.*

Löb (236) hat Untersuchungen über das Schicksal des Phenovals im Körper angestellt. Phenoval, ein neues, von *Riedel* hergestelltes Beruhigungs- und Schlafmittel, enthält Brombaldriansäure und Phenazitin. Es wird wahrscheinlich unverändert resorbiert und erst später in die beiden Bestandteile gespalten. Hierbei wird Bromvalerianasäure weiter oxydiert. Das Brom wird zum Teil mit den Fäzes alsbald wieder ausgeschieden, während bei mehrmaliger Darreichung es zunächst stark zurückgehalten und nur nach und nach wieder ausgeschieden wird. *Grimme.*

Lienau (232) nimmt unter gewissenhaftester Beachtung der ärztlichen Indikationsstellung, der rechtlichen, moralischen und ethischen Begriffe in der Beurteilung der Einleitung eines Abortes bei geisteskranken Frauen einen etwas weiteren Standpunkt ein als mancher andere Psychiater. Er sagt, daß dem bona fide ausgeführten Abort rechtliche und sittliche Bedenken nicht entgegenstehen. Er sei bei Psychosen in allen Fällen angezeigt, wo das Fortbestehen der Schwangerschaft die Psyche der Mutter ernstlich und dauernd gefährdet und wo der behandelnde Arzt und der Psychiater durch Unterbrechung der Schwangerschaft die Gefahr für die Mutter beseitigen zu können glauben. Der Standpunkt, nach dem der künstliche Abort bei den „echten" Geisteskrankheiten kaum in Betracht komme, sei unhaltbar. Gerade bei diesen sollte häufiger als bisher ein Versuch der Rettung unternommen werden. Dagegen sei bei der schweren Depression der Psychopathen in gewissen Fällen die Erzwingung der Anstaltsbehandlung dem künstlichen Abort vorzuziehen. *Grimme.*

Meyer (256) hat schon wiederholt zu dieser Frage Stellung genommen; er setzt seinen bekannten Standpunkt nochmals auseinander und begründet ihn; er will bei der Indikation des künstlichen Abortes wegen psychischer Störung bei aller Bewertung der individuellen und allgemeinen Verhältnisse doch auf die Diagnose das Hauptgewicht gelegt wissen. „Die Wesensänderung ist keine isolierte Erscheinung, sondern nur als ein Symptom der betreffenden Krankheitsform von Bedeutung." „Der künstliche Abort ist nur dann indiziert, wenn das Fortbestehen der Schwangerschaft die dringende Gefahr in sich schließt, daß ein dauerndes schweres Nervenleiden entstehen wird, das auf keine andere Weise zu beseitigen ist und von dem man mit Bestimmtheit erwarten kann, daß es durch die Unter-



brechung der Schwangerschaft geheilt bzw. in der Entwicklung für die Dauer gehemmt wird.

Weygandt (440). Vortrag über die Anwendung der Dauerbäder und die Einrichtungen hierfür in den Anstalten unter Hinweis auf die Schaffung reichlicher Badegelegenheiten in den neuen Teilen der Friedrichsberger Anstalt. *Grimme.*

Thumm (414) hat im Lindenhaus bei Lemgo Versuche mit intramuskulären Injektionen von Magnesiumsulfat angestellt, aber bei psychischen Erregungszuständen keinen wirksamen Erfolg gesehen. Ebenso versagte das Magnesiumsulfat als Antispasmodikum bei Epilepsie. Nur bei einigen Fällen von Idiotie mit motorischen Erregungszuständen waren günstige Erfolge zu verzeichnen. *Grimme.*

Robertson (338) befürwortet die ausgedehnte Anwendung der Serumtherapie in den Irrenanstalten. Für die verschiedensten Infektionskrankheiten gibt es bereits wirksame Impfstoffe. Auch auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten hat sich diese Therapie vielfach bewährt, noch mehr aber gilt es hier zu erforschen. *Ganter.*

Gordon (128): Von dem Gedanken ausgehend, daß die toxischen Elemente des einen Epileptikers den toxischen Elementen eines andern Epileptikers entgegenwirken und damit die Hirnreizung herabsetzen, hat Verf. den durch Punktion bei einem Epileptiker gewonnenen Liquor cerebrospinalis einem andern subkutan eingespritzt, und zwar jeweils 3, auch 5 ccm, etwa 2mal wöchentlich. 4 Fälle wurden so behandelt. Die Anfälle verminderten sich und wurden leichter, die Stumpfheit wich. *Ganter.*

4. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Abbot, E. St.* (Waverley, Mass.), What is paranoia? Americ. Journ. of Insanity 71, p. 29.
2. *Albrecht, Paul* (Treptow a. d. R.), Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 22, S. 306. (S. 151*.)
3. *Allamon*, Obsession d'un aliéné de s'arracher les dents. La Clinique 8, p. 585.
4. *Allers, Rudolf* (München), Ergebnisse stoffwechsel-pathologischer Untersuchungen bei Psychosen. III. Das manisch-depressive Irresein. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. 9, S. 585. (S. 144*.)
5. *Arsimoles, L.* (Paris), Confusion mentale et syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure dans un cas de chorée rhumatismale. Ann. méd.-psychol. année 72 (I), p. 563.



6. *Arsimoles, L.*, et *G. Halberstadt* (Paris), Les psychoses pénitentiaires. Arch. internat. de Neurol. Juin 1914.
7. *Arsimoles, L.*, et *Legrand* (Saint-Venaut), Troubles mentaux et maladie de Basedow. Ann. méd.-psychol. année 72 (I), p. 154.
8. *Bagenoff, N.* (Moskau), Dégénérescence et démence précoce. Arch. internat. de Neurol. année 86, numéro d'Avril.
9. *Bahr, Max* E. (Indianopolis, Ind.), Wassermann reaction in Dementia praecox. The Alienist and Neurologist vol. 35, nr. 1.
10. *Banse, Johannes* (Lauenburg), Eine unter dem Bilde der Katatonie verlaufende Psychose bei Hirnlues. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 790.
11. *Bashenoff, N.* (Moskau) und A. *Marie* (Paris), Die Lehre von der Vererbung und der Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wschr. 1914/15, S. 9.
12. *Bauchwitz, Max* (Stettin), Psychose, beeinflußt durch Prothesen. Deutsche Mtschr. f. Zahnheilkunde H. 1.
13. *Becker, R.* (Herborn), Über den Verfall in Geisteskrankheit von Personen, an denen ein Verbrechen begangen wurde. Vjschr. f. gerichtl. Med. Bd. 49, S. 76.
14. *Becker, Theophil* (Metz), Zur Diagnose paranoischer Zustände. Münch. med. Wschr. Jahrg. 61, S. 637.
15. *Becker, W. J.* (Weilmünster), Die Behandlung der Melancholie. Fortschr. d. Med. Nr. 6.
16. *Benninghaus, Franz*, Beitrag zur Paranoia chronica sexualis und Paranoia erotica. Inaug.-Diss. Kiel.
17. *Berze, Josef* (Klosterneuburg), Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität, ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hypophrenien überhaupt. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 404 S.
18. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Buch), Geistesstörungen im Kriege. Umschau Nr. 43.
19. *Bleuler, E.* (Burghölzli), Die Kritiken der Schizophrenien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 22, S. 19.
20. *Bolten, G. C.*, Zwei besondere Fälle akuter Manie. Ned. Tijdschr v. Geneesk. 58 (II), S. 1617.
21. *Bonhomme, T.* (Asile de Montorson. Le Puy), Note sur l'emploi

d'un vomitif dans la prophylaxie et le traitement des accès périodiques. Revue de Psych. 4, S. 161. (S. 144*.)

22. *Boring*, *E. G.*, Learning in Dementia praecox. (The psychological monographs 15, nr. 2.) Princeton nr. 3, 1913. Psychological Review Company. 101 S.
23. *Briese*, *Fr.*, Zur Lehre von den durch Insolation entstehenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
24. *Brown*, *S.*, Chronicity and deterioration in manic depressive cases. Americ. Journ. of Insanity 70, p. 767. (S. 144.)
25. *Bruce*, *Lewis C.* (Murthly), The complement-deviation in cases of manic-depressive insanity. The Journ. of Mental Science vol. 60, April, p. 177.
26. *Budal*, *H.*, Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. (Russisch.) Inaug.-Diss. Dorpat.
27. *Burr*, *Charles W.* (Pennsylvania), A case of dementia praecox with autopsy. New York med. Journ. 98, nr. 9.
28. *Buschan*, *Georg*, Über Kriegspsychosen. Med. Klin. Nr. 42.
29. *Capgras*, *J.* (Neuilly sur Marne), Confusion mentale avec délire professionel, pseudo-aphasia, crises convulsives, myoclonie, dysarthrie. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. 7, p. 94.
30. *Capgras*, *J.*, et *L. Morel* (Neuilly sur Marne), Démence précoce chez deux sœurs 7, p. 133.
31. *Capgras*, *J.*, et *L. Morel* (Neuilly sur Marne), Démence précoce et alcoolisme chronique. Bull. de la Soc. clin. de la méd. ment. 7, p. 128.
32. *Charpentier*, *J.* (Paris), Psychose interprétative aiguë chez un accidenté du travail. Ann. méd.-psych. année 72 (I), p. 308.
33. *Coriat*, *J. H.* (Boston), Recent trends in the psychopathology of dementia praecox. Americ. Journ. of Insanity 70, p. 669. (S. 146.*)
34. *Courbon*, *Paul* (Amiens), Contribution au diagnostic des états mixtes de psychose maniaque-dépressive. Ann. méd.-psychol. année 72 (I), p. 398.
35. *Courbon*, *Paul* (Amiens), Hallucin. téléologés. L'Encéphale no. 5.
36. *Craemer*, *Otto*, (Saalfeld a. S.), Zur Psychopathologie der religiösen Wahnbildung. Arch. f. Psych. u. Nervenkh. Bd. 53, S. 275.



37. *Cremer, Dietrich*, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

38. *Cuneo*, Psic. man.-depr. Riv. sper. di Fren. 40, fasc. 1.

39. *Cygielstrejek, Adam* (Warschau), Influence des émotions sur la genèse de la confusion mentale. Ann. méd.-psychol. année 72 (I) p. 298.

40. *Deway, S.* (Paris), Psychose interprétative et imaginative chez un vagabond. Bull. de la Soc. clin. de méd.-ment. 7, p. 21.

41. *Devine, H.* (Wakefield), The clinical significance of katatonic symptoms. The Journ. of Mental Science 60, p. 278.

42. *Dominici, L., Marchand, Chéron* et *G. Pétit* (Charenton), Essai de traitement des psychoses aiguëes par le bromure du radium et par des sérums radioactifs. Revue de Psychiatrie 1914.

43. *Drysdale*, Juvenile Psychose. Journ. of americ. med. Ass. 12 December.

44. *Duge, Bruno*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Inaug.-Diss. Bonn.

45. *Dupouy, Roger* (Paris), Ein Fall von Halluzinose (Gesichts- und Gehörshalluzinationen ohne Wahnbildung). Sitzungsber. (Soc. de Psych. de Paris). Neurol. Zentralbl. Jahrg. 33, S. 942.

46. *Dupouy, Roger* (Paris), Délire obsessif de persécution. Journ. de Psycol. normale et pathol. 10, p. 398.

47. *Economo, Constantin v.* (Wien), Die hereditären Verhältnisse bei der Paranoia querulans. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, Festschr. S. 418.

48. *Eha, Karl*, Klinisch-statistischer Beitrag zur Lehre des manisch-depressiven Irreseins. Inaug.-Diss. Tübingen.

49. *Elmiger, J.* (St. Urban-Schweiz), Ein Versuch zur Anwendung der Mendelschen Regel auf die schizophrene Gruppe der Geistesstörungen. Psych.-Neurol. Wschr. 1914/15, S. 290. (S. 146*.)

50. *Emerson*, Status lymphat. bei Dementia praecox. Arch. of int. Med. Dezember.

51. *Eppelbaum-Straßer, Vera* (Zürich), Über das mutistische Denken im Bereich der Dementia praecox. Sitzungsber. Psych.-Neurol. Wschr. 1914/15, S. 9.



52. *Eppelbaum-Straßer*, *Vera* (Zürich), Zur Psychologie des Jugendirreseins. Psychotherapie (russisch) 5, p. 1.

53. *Ermakow*, *J.*, Sur l'origine psychique de la catalepsia. (Russisch.) Travaux de la clinique psych. de l'Université Impériale de Moscou no. 2 p. 237. .

54. *Fankhauser*, *Ernst* (Waldau-Bern), Über die somatische Grundlage der Dementia praecox. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 44, S. 65.

55. *Fauser*, *August* (Stuttgart), Über dysglanduläre Psychosen. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 33, S. 873.

56. *Ferenczi*, *S.*, Einige klinische Beobachtungen bei der Paranoia und Paraphrenie. Beitrag zur Psychologie der Systembildung. Internat. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 2, S. 11.

57. *Firth*, *A. H.* (Sheffield), The pupil and its reflexes in Insanity. The Journ. of mental science vol. 60, p. 82, 224.

58. *Frommer*, *K.* (Lauenburg i. P.), Ein durch seinen Verlauf und seine Spätgenesung beachtenswerter Fall von Katatonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 25, S. 107.

59. *Gallus*, *K.* (Potsdam), Negativistische Erscheinungen bei Geisteskranken und Gesunden. Ztschr. f. Psychotherapie und med. Psychol. V, H. 6.

60. *Gaußelmann*, *Johannes*, Tabes dorsalis und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel.

61. *Giese*, *Hermann* (Haina), Über klinische Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrenie (Epilepsie als Frühsymptom oder als Kombination). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 26, S. 22. (S. 146.)

62. *Giesler*, *Hermann* (Düsseldorf-Grafenberg), Psychose und Geburt. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 162.

63. *Goldstein*, *Kurt*, und *Frieda Reichmann* (Königsberg i. Pr.), Über die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 33, S. 343. (S. 147*.)

64. *Golla*, *Hubert* (Breslau), Die Bedeutung der Abderhaldenschen Serodiagnostik für die Neurologie und Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 24, S. 410. (S. 152*.)

65. *Golla*, *Hubert* (Obernigk), Reflexstörungen bei Katatonie. Breslauer Psychiatrisch-Neurol. Ges. 26, H. 1.



66. *Gordon, Alfred* (Philadelphia, Pa.), Study of Hallucinosis. Americ. Journ. of insanity vol. 70, p. 369. (S. 152*.)

67. *Gorski, Marian*, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: Amentia nach Sepsis (multiple Abszesse). Inaug.-Diss. Kiel.

68. *Gregory, M. J.*, A case of manic depressive psychosis in a child. New York med. Journ. 98, nr. 24.

69. *Grimme, Hermann* (Hildesheim), Über einen jahrzehntelang bestehenden Fall von Eifersuchtswahn. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 781.

70. *Grober, Julius* (Jena), Die Behandlung der akut bedrohlichen Geisteskrankheiten. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 40, S. 105.

71. *Guiraud, Paul* (Tours), Les états de loquacité dans la démence précoce. Ann. méd.-psychol. 72 (I), p. 544.

72. *Häffner, Richard*, Die Beziehungen zwischen Menstruation und Nerven- und Geisteskrankheiten auf Grund von Literatur und klinischer Beobachtung. Inaug.-Diss. Heidelberg.

73. *Halberstadt, Gustav* (Paris), Contribution à l'étude des paraphrénies. Arch. de neurol. 35 (II), p. 341.

74. *Halberstadt, G.*, et *Legrand* (Paris), Crises des démences précoces. Revue de psychiatrie no. 4.

75. *Hallervorden, Julius* (Landsberg a. W.), Über eine hysterische Psychose mit alternierenden Bewußtseinszuständen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 24, S. 378.

76. *Harpe, Karl*, Über Choreapsychosen in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel.

77. *Hattingberg, v.* (München), Die systematischen Spaltungen der schizophrenen Psyche. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 768.

78. *Hauber, Franz* (Rufach), Therapeutische Versuche mit Nukleinsäure-Injektionen bei Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.Bd. 24, S. 1. (S. 147*.)

79. *Hauenstein, Jakob*, Studien mittels der Weichardtschen Reaktion bei verschiedenen Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Erlangen.

80. *Hérisson-Laparre* et *Pruvost* (Vaucluse), Un délirant mélancolique, qui se transforme en un délirant persécuté. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. année 72 (I) p. 597.



81. *Hesnaud, A.*, Les théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce. Journ. de Psychol. norm. et pathol. 11, p. 37.
82. *Heveroch, A.* (Prag), Die psychologische Grundlage der Paranoia. Casopis ceskych lekaruv 53, p. 1284.
83. *Heveroch, A.* (Prag), Dementia maturae aetatis. (Vorgel. auf d. 5. Kongreß der böhmischen Ärzte und Naturforscher in Prag 1914.) Casopis ceskych lekaruv 53, p. 905.
84. *Heveroch, A.* (Prag), Der Beziehungswahn und das Problem der Kausalität. Ztschr. f. Pathopsychologie 3, S. 86.
85. *Heyder, Otto*, Beitrag zur forensischen Beurteilung der Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.
86. *Hibben, D.*, Über psychische Störungen bei Geschwistern. Inaug.-Diss. Kiel.
87. *Hinrichsen, O.* (Basel), Die Demenz der Dementia praecox-Kranken. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 44, S. 577.
88. *Hoch, A.*, Precipitating mental causes in dementia praecox. Americ. Journ. of Insanity 70, p. 637.
89. *Höpler, Erwin R. v.* (Graz), Blutglaube und Irrsinn. Arch. f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalistik 60, S. 68.
90. *Hohmann, A.*, Über Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Berlin.
91. *Holmes*, Country case of dem. praecox pat. Therap. Gazette no. 7.
92. *Holmes*, Vorschläge zur Behandlung der Dementia praecox mit abwehrfermenthaltigem Serum. Med. Record. 21. Nov.
93. *Holtum, v.*, Über Chorea minor mit Psychose (Verwirrtheit und Hemmung). Inaug.-Diss. Kiel 1913.
94. *Hughes, C.* (St. Louis), Devotional and agnostic Paranoia. Paranoiac egoistic psychic Eretism with reverence to the Canadian Dukhobortsi.
95. Dukhobortsic and Scorn Insanities. The Alienist and Neurologist vol. 35, p. 36.
96. *Jackson, J.* (Chester), The clinical value and significance of Leucocytosis in mental disease. The Journ. of mental science vol. 60, p. 56.
97. *Jackson, Allan J.* (Chester), Laboratory studies of the manic depressive group. New York medical journ. 98, nr. 20.
98. *Jacquin, G.*, Le signe de la poignée de main dans la démence précoce. L'Encéphale 8 (II), p. 347.



99. *Jörger*, Mobilmachung als krankheitsauslösendes Trauma bei Dementia praecox. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 44, S. 1553.

100. *Itten*, *W.* (Hamburg-Friedrichsberg), Zur Kenntnis hämatologischer Befunde bei einigen Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 24, S. 341. (S. 152*.)

101. *Jung*, *C. H.* (Zürich), Der Inhalt der Psychose. Vortrag. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke.

102. *Juschtschenko*, *A. Z.*, und *Julie Plotnikoff*, Über Abwehrfermente (Abderhaldens): das Antitrypsin und die Nukleose bei Nervenkrankheiten und manisch-depressiven Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, S. 222.

103. *Kahlmeier*, *Gunnar* (Stockholm), Blutuntersuchungen bei einem Fall von Dementia praecox mit periodischem Verlauf. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 24, S. 281.

104. *Kahn*, *P.*, et *Gallais* (Paris), Tuberculose et démence précoce. L'Encéphale 8 (I), p. 482.

105. *Kammerer*, *W.*, Kasuistik des „moralischen Irreseins". Inaug.-Diss. Tübingen.

106. *Karpas*, *M. J.* (New York), Kraepelins Begriff der Paraphrenie. Journ. of Americ. Assoc. 29. August.

107. *Keller*, *Max*, Beitrag zur Klinik und forensischen Beurteilung des Querulantenwahns. Inaug.-Diss. Kiel.

108. *Kirby*, *G. H.*, Dementia praecox, Paraphrenia und Paranoia. Review of Kraepelin's later conception. Americ. Journ. of Insanity 71, p. 349.

109. *Kirby*, *G. H.*, Prognostic principles in the biogenetic psychoses, with special reference to the katatonic syndrome. Americ. Journ. of Insanity 69, p. 1035.

110. *Kleist*, *Karl* (Erlangen), Über paranoide Erkrankungen. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 764.

111. *Knauer*, *A.* (München), Die im Gefolge des akuten Gelenkrheumatismus auftretenden psychischen Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 21, S. 491.

112. *Koesling*, Gustav (Schönbaum), Zur Symptomatologie der Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.

113. *Kohnstamm*, *Oskar* (Königstein), Schizothymie und Zyklothymie. Berl. klin. Wschr. Jahrg. 51, S. 1680.



114. *Kohnstamm*, *Oskar* (Königstein), Beziehungen zwischen Schizothymie und Zyklothymie. Vortrag auf der 39. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden, Mai 1914.

115. *Kohnstamm*, *O.* (Königstein), Schizothymie und Zyklothymie. Sitzungsber. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 55, S. 325.

116. *Koutanin*, *M.*, A propos d'évolution de schizophrenie et sa symptomatologie. Travaux de la clinique psychiatrique de l'Université Impériale de Moscou Nr. 2, S. 371.

117. *Kretschmer*, *Ernst* (Tübingen), Wahnbildung und manisch-depressiver Symptomenkomplex. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 397.

118. *Kreuser*, *T.*, Zur Differentialdiagnose zwischen Hebephrénie und Hysterie. Inaug.-Diss. Jena.

119. *Kreuser*, *Heinrich* (Winnenthal), Über Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 1.

120. *Kronfeld*, *Arthur* (Berlin-Dalldorf), Das Erleben in einem Fall von katatoner Erregung. Mit Bemerkungen zum psychopathologischen Mechanismus von Wahnbildungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, S. 275.

121. *Küster* (Berlin), Über Diogenal. Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten Bd. 9, S. 82.

122. *Laignel-Lavastine* et *André Barbé* (Paris), Klinische u. anatomische Studie eines syphilitischen Falles von Dementia praecox. Sitzungsber. (Société de psychiatrie de Paris.) Neurol. Zentralbl. Jahrg. 33, S. 942.

123. *Landauer*, *K.*, Spontanheilung einer Katatonie. Internat. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 2, S. 441.

124. *Lang*, *J. B.*, Assoziationsversuche bei Schizophrenen. Jahrb. f. psychoanalytische Forschung 5, S. 2.

125. *Lemel*, *N. J.* (Apeldoorn), Dementia praecox. Tijdschr. voor Geneesk. 25. Juli.

126. *Lemel*, *N. J.* (Apeldoorn), Über die Behandlung der Dementia praecox. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 58 (II), Nr.S. 241.

127. *Leroy Raoul* et *Baudouin* (Paris), Un cas de manie chronique d'emblée. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. 7, p. 13.



128. *Leroy*, R., et *P. Juquelier* (Paris), Débilité mentale et délire chez les trois enfants d'un déséquilibré alcoolique mort à asile. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. année 72 (I), p. 585.
129. *Liebelt*, *Paul*, Zur Frage der Beziehungen der Hysterie zu den funktionellen Psychosen. Inaug.-Diss. Bonn.
130. *Liebenthal*, *Frank*, Über die Wiedergabe kleiner Geschichten in Fällen von Pseudologia phantastica. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 378.
131. *Lienau* (Hamburg), Über Jugendirresein. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 33, S. 1101.
132. *Linke*, *A. Fritz* (Lüben), Spätheilung einer Melancholie nach siebenjähriger Ernährung mit der Sonde. Psych.-Neurol. Wschr. Jahrg. 15, S. 491.
133. *Livet*, Délire postonirique chez un Arabe. L'Encéphale no. 1.
134. *Loeb*, *Fritz* (Ahrweiler), Die Abderhaldenschen Fermentreaktionen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 519.
135. *Lütje*, *Ludwig*, Ein Beitrag zur Kasuistik des Querulantenwahns. Inaug.-Diss. Kiel.
136. *Macdonald*, *John B.*, The passing of paranoia. Boston med. and surg. Journ. 170 p. 12.
137. *Märtens*, *Otto*, Über psychische Störungen bei Morbus Basedowii. Inaug.-Diss. Kiel.
138. *Masselon*, *René* (Prémontré), Voies d'invasion de la démence précoce. L'Encéphale no. 4.
139. *Mayer*, *E.* (Pittsburgh, Pa.), Dementia praecox. Some observations and comments. Americ. Journ. of Insanity 70, p. 661. (S. 147*.)
140. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 22, S. 457. (S. 152*.)
141. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 315.
142. *Mc Caskey*, *G. W.*, Insanity occurring in latent Brights disease. New York med. Journ. 1914, 24. January.
143. *Meggendorffer*, *F.* (Hamburg), Über Syphilis in der Aszendenz



von Dementia praecox-Kranken. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde 51, S. 442.

144. *Meyer, E.* (Königsberg), Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 40, Nr. 51.

145. *Michel, Johann*, Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Erlangen.

146. *Michel, Johann* (Bayreuth), Die körperlichen Störungen bei Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wschr. 15, S. 343, 371.

147. *Modena, G.*, La sindrome demenza precoce in rapporto alla evoluzione della personalità psichica. Riv. sperim. di Freniatria 39, p. 468.

148. *Mollweide, K.* (Rufach), Zur Pathogenese der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 22, S. 594. (S. 148.)

149. *Moravesik, Ernst Emil* (Budapest), Klinische Mitteilungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 23. (S. 153.)

150. *Moretti, Antonio*, Sul valore terapeutico del nucleinato di sodio nella paralisi progressiva e nella demenza precoce. Rassegna di studi psichiatrici III 1913, fasc. 4.

151. *Muth, G. Fr.* (Bensheim), Bildbeschreibungsversuche bei einem Fall von Dementia praecox. Sommers Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. IX, S. 1. (S. 148*.)

152. *Nauendorff, Erich*, Über hysterische Psychosen und deren Differentialdiagnose gegenüber Dementia praecox. Inaug.-Diss. Kiel.

153. *Neumann, Kurt Th.*, Über Psychosen nach Influenza. Inaug.-Diss. Kiel.

154. *Nißl, Franz* (Heidelberg), Zwei Fälle von Katatonie mit Hirnschwellung. Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskranken. 1. Bd., H. 2. Berlin, Verlag Julius Springer.

155. *Nouët, Henri*, Syndrôme confusionel au cours de l'artériosclérose cérébrale. L'Encéphale 1913, no. 2.

156. *Oberholzer, Emil* (Breitenau-Schaffhausen), Erblichkeitsverhältnisse und Erbgang bei Dementia praecox. Verein Schweizer Irrenärzte. Vortrag auf der Pfingstversammlung 1913. Genf, Albert Kündig. 20 S. (S. 148*.)



157. *Oberholzer*, *Emil* (Breitenau), Über Schockwirkung infolge Aspiration und psychischen Schock bei Katatonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 22, S. 113.

158. *Obrégia*, *A.*, et *Pitulesco*, La séro-reaction d'Abderhalden dans la démence précoce. Compte rend. de la Soc. de Biol. 76, p. 47.

159. *Obrégia*, *A.*, *Urechia* et *C. I. Ciansesco*, Le coefficient uréo-sécrétoire d'Ambard dans les psychoses périodiques. Compte rend. de la Soc. de Biol. 76, p. 216.

160. *Obrégia*, *Urechia* et *A. Popeia*, Le coefficient d'Ambard dans la démence précoce. Compte rend. de la Soc. de Biol. 76, p. 49.

161. *Omorokow*, *Leonid* (St. Petersburg), Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 54, S. 1031.

162. *Ostankow*, *P.* (St. Petersburg), Zur Ätiologie des Jugendirreseins. Rundschau f. Psych., Neurol. u. experiment. Psychol. (russisch). 18, p. 727.

163. *Ostankow*, *P.* (St. Petersburg), Die Phasen der Manie. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 54, S. 368.

164. *Ostrop*, *Egon*, Über Psychosen im Verlauf von Herz- und Nierenleiden. Inaug.-Diss. Kiel.

165. *Otzen*, *Hugo*, Über psychische Störungen im Verlauf der Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Kiel.

166. *Pagenstecher*, *Alexander* (Braunschweig), Zur Geschichte der Medizin. Melancholia religiosa. Psych.-Neurol. Wschr. 1914/15, S. 44.

167. *Pappenheim*, *Martin*, und *Emil Groß* (Wien), Die Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters. (Zwanglose Abhandlungen aus dem Grenzgebiete der Pädagogik und Medizin, herausg. von *Heller* und *Leubuscher*.) Berlin, Julius Springer. 129 S. (S. 153*.)

168. *Pascal*, *C.* (Clermont), Le signe de la main, et le signe de la poignée de main dans la démence précoce. Archiv internat. de Neurol. 36 (I), p. 152.

169. *Passow*, *Adolf* (Hamburg), Wechselseitige Beziehungen zwischen Psychosen und Menstruationsstörungen. Med. Klin. 1914, Nr. 12.

170. *Pellacani*, *G.*, Ricerche sulla deviazione del complemento nella



demenza precoce. Riv. di Patologia nervosa e mentale 19, p. 154. (S. 149*.)

171. *Pfersdorff*, *Karl* (Straßburg), Über Paraphrenien. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 766.

172. *Pfersdorff*, *Karl* (Straßburg i. E.), Zur Symptomatologie des manisch-depressiven Anfalls. Sitzungsber. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 55, S. 337.

173. *Pickhau*, *Artur*, Unfall und manisch-depressives Irresein. Inaug.-Diss. Bonn.

174. *Pilcz*, *Alexander* (Wien), Psychosen bei inneren Krankheiten. Med. Klink. 1914, Nr. 8.

175. *Piquemal*, *J.*, et *A. Malfilatre*, Le délire d'un persécuté persécuteur. L'Encéphale 8 (II), p. 328.

176. *Raimann*, *Emil* (Wien), Über Haftpsychosen. Verhandlungen der 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für ger. Medizin in Wien, September 1913. Vjschr. f. ger. Med. Bd. 47, I. Suppl., S. 276.

177. *Reichmann*, *Frieda* (Königsberg i. P.), Über Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 53, S. 302.

178. *Rehm*, *Otto* (Bremen-Ellen), Verhalten der Menstruation und des Körpergewichts bei chronischen Psychosen. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 781.

179. *Reinberg*, *Otto*, Zur Symptomatologie der Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel.

180. *Rémond*, *A.* (Metz), De la valeur anaphylactique du syndrome mélancolie. Ann. méd.-psychol. année 72 (I), p. 527.

181. *Riebeth*, *Adolf* (Landsberg a. W.), Über das induzierte Irresein. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 22, S. 601. (S. 144*.)

182. *Ritti*, *Ant.*, Mélancolie. Paris, Vigat Frères éditeurs.

183. *Rochain*, *P.*, Contribution à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale. Thèse. Lyon 1913.

184. *Römer*, *C.* (Hamburg-St. Georg), Über die Pathogenese des Sonnenstichs. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, S. 104. (S. 153*.)

185. *Römer*, *Hans Günther* (Illenau), Über die bisherigen Ergebnisse



des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 310.

186. *Rorschach, H.*, Analyse einer schizophrenen Zeichnung. Zentralbl. f. Psychoanalyse u. Psychotherapie 4, S. 53.

187. *Rosental*, *Stefan* (Heidelberg), Zur Methodik der Schädelkapazitätsbestimmung mit Hinsicht auf einen Fall von Hirnschwellung bei Katatonie. Neurol. Zentralbl. Bd. 33, S. 738, 809. (S. 149*.)

188. *Rosental*, *Stefan* (Heidelberg), Über einen schizophrenen Prozeß im Gefolge einer hirndrucksteigernden Erkrankung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 25, S. 30.

189. *Roß*, *Ellison L.*, Metabolisme in dementia praecox. Arch. internat. of med. 13, p. 889.

190. *Rybakow*, *Theodore* (Moskau), La cyclophrénie (psychose circulaire). Moscou 1914. 182 S. (russisch).

191. *Rybakow*, *Theodore* (Moskau), La cyclophrénie. Travaux de la clinique psychiatrique de l'Université Impériale de Moscou no. 2, p. 1.

192. *Sabisch*, *Josef*, Über einen Mordakt auf katatonischer Basis. Inaug.-Diss. Würzburg.

193. *Scheer*, *W. H. van der* (Merenberg), Over enkele belangrighe verschijnoden in den aanvang die Osteomalacie. Ned. Tijdschr. van Geneesk. II, Nr. 4.

194. *Schilder*, *Paul*, und *Hermann Weidner* (Leipzig), Zur Kenntnis symbolähnlicher Bildungen im Rahmen der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 26, S. 201.

195 *Schlesinger*, *Bernard*, Beitrag zur Kenntnis der Psychosen im Kindes- und beginnenden Pubertätsalter. Inaug.-Diss. Leipzig.

196. *Schmidt*, *Wilhelm* (Freiburg i. B.), Katatonie und innere Sekretion. Vortrag auf der 39. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater zu Baden-Baden, Mai 1914.

197. *Schmidt*, *Wilhelm* (Freiburg i. B.), Katatonie und innere Sekretion. Sitzungsber. Arch. f. Psych. u. u. Nervenkrkh. Bd. 55, S. 326.

198. *Schmidt*, *Wilhelm* (Freiburg i. B.), Adrenalinwirkung bei Dementia praecox. 23. Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater, Karlsruhe 22. u. 23. Nov. 1913.



199. *Schmidt, Wilhelm* (Freiburg i. B.), Adrenalinwirkung bei Dementia praecox. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 331.

200. *Schmidt, Wilh.* (Freiburg i. B.), Adrenalin-Unempfindlichkeit bei Dementia praecox. Münch. Med. Wschr. 61, S. 366. (S. 149*.)

201. *Schmidt, Wilhelm* (Freiburg i. B.), Inzestuöser Eifersuchtswahn. H. Groß' Arch. Bd. 51, S. 257.

202. *Schneider, Kurt* (Köln), Über Wesen und Bedeutung katatonischer Symptome. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 22, S. 486. (S. 150*.)

203. *Schnizer* (Metz), Zur Paranoiafrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 27, S. 115. (S. 145*.)

204. *Schonlau, Otto*, Zur strafrechtlichen Beurteilung des Eifersuchtswahns. Inaug.-Diss. Kiel.

205. *Schrader, Max*, Zur Paranoiafrage. Inaug.-Diss. Freiburg i. B.

206. *Schröder, M.* (Lauenburg i. P.), Todesursachen schizophrener Frauen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 25, S. 115. (S. 150*.)

207. *Schuffeldt, R. W.* (Washington), Cases of sexual Mania in Middle aged Men, associated with Alcoholism. Pacific medical Journ. January-February.

208. *Schultz, J. H.* (Chemnitz), Blutuntersuchungen als klinisches Hilfsmittel auf psychiatrischem Gebiet mit besonderer Berücksichtigung der Prognosenstellung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, S. 71, 128.

209. *Schultz, Erich*, Zur Entstehung der Paranoia chronica im Gefolge des Alkoholismus und ihre forensische Bedeutung. Inaug.-Diss. Kiel.

210. *Schuppius* (Breslau), Einiges über den Eifersuchtswahn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 27.

211. *Seelert, Hans* (Berlin), Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 55, S. 1.

212. *Seelert, Hans* (Berlin), Paranoische Erkrankungen auf manisch-depressiver Grundlage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 303.

213. *Séglas, J.* (Paris), Quelques considérations cliniques sur les acès maniaques chez les débiles. Ann. méd.-psychol. année 72 (I), p. 5.



214. *Sehn*, *Alfred*, Über das Vorkommen religiöser Wahnbildung bei Psychosen, besonders bei Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.
215. *Singer*, *H. Douglas*, Dementia praecox in Kraepelins textbook. Journ. of nervous and mental disease 41, p. 488.
216. *Sioli*, *Franz* (Bonn), Die Abwehrfermente Abderhaldens in der Psychiatrie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. 55, S. 241. (S. 151*.)
217. *Sirota*, *Lewi*, Katatonie und organisch-nervöse Begleiterscheinungen. Inaug.-Diss. Berlin.
218. *Southard*, *E. E.*, and *E. D. Bord* (Hathorn, Boston, Mass.), Clinical and anatomical analysis of 25 cases of mental disease arising in the fifth decade, with remarks of the melancholia question and further observations on the distribution of cortical pigments. Americ. Journ. of Insanity 70, p. 779. (S. 153*.)
219. *Stärcke*, *A.*, Rechts und links in der Wahnidee. Internat. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 2, S. 431.
220. *Stelzner*, *Helenefriederike* (Charlottenburg), Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 60.
221. *Stiel*, *Ernst*, Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung der chronischen Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.
222. *Stöcker*, *Wilhelm* (Breslau), Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 23, S. 121.
223. *Storch*, *Alfred*, Aussageversuche als Beitrag zur Psychologie manischer und depressiver Zustände. Ztschr. f. Pathopsychologie II, H. 3.
224. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Schizophrenie und intrapsychische Ataxie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, Festschr. S. 485.
225. *Stremlow*, *M.*, Über paranoische Symptomenkomplexe bei Degenerativen. Inaug.-Diss. Göttingen.
226. *Strohmayer*, *Wilhelm* (Jena), Das manisch-depressive Irresein. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 69 S. (S. 144*.)
227. *Thumm*, *M.* (Lindenhaus-Lemgo), Über therapeutische Versuche mit Injektionen von Magnesiumsulfat bei psychotischen und epileptischen Zuständen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, S. 38.



228. *Torren, I. van der* (Hilversum), Depressive Zustandsbilder. Ned. Tijdschr. van Geneesk. 58 (I), p. 321.

229. *Toulouse, E.*, et *L. Marchand* (Charenton), Lésions cérébrales dans un cas de délire aigue. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 7, p. 165.

230. *Toulouse* et *Pouillet* (Charenton), Confusion mentale à aspect de démence précoce. Guérison. Valeurs des signes d'incurabilité. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 7, p. 32.

231. *Trockels, Fritz*, Manie und Querulantenwesen. Inaug.-Diss. Bonn.

232. *Truelle, V.*, et *A. Cornet* (Neuilly sur Marne), Troubles mentaux dans le tabès. Ann. méd.-psych. année 72 (I), p. 80.

233. *Vidoni, G.*, und *J. Gatti* (Treviso), Über die Abnormitäten und Krankheiten der Haut und ihrer Adnexe bei Geisteskranken. Arch. di Antrop. crim. e Med. legale no. 2.

234. *Vollmer, Karl*, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. Inaug.-Diss. Kiel.

235. *Vorkastner, Willy* (Greifswald), Dementia praecox und Epilepsie. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. 71, S. 772.

236. *Wasner, Martin*, Psychosen auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwächezustände. Eine klinische Studie. Inaug.-Diss. Greifswald.

237. *Weddige, Ludger*, Über frühes Auftreten von Dementia praecox, mit Bemerkungen über Pfropfhebephrenie. Inaug.-Diss. Greifswald.

238. *Weiler, K.*, Mord und Mordversuch bei Dementia praecox. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med. Nr. 4 u. 5.

239. *Weygandt, Karl* (Hamburg-Friedrichsberg), Geisteskrankheiten im Kriege. Münch. Med. Wschr. Jahrg. 61, S. 2109, 2152.

240. *Willburger, Eugen*, Paranoische Zustandsbilder in der Manie. Inaug.-Diss. Tübingen.

241. *Willige, Hans* (Halle a. S.), Über akute paranoische Erkrankungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 54, S. 121. (S. 145*.)

242. *Wilmanns, Karl* (Heidelberg), Die Psychopathien. Handb. d. Neurol., herausg. v. *M. Lewandowsky*. Bd. 5. Berlin, Julius Springer. (S. 153*.)

243. *Wyrubow, N. A.*, Über Zyklothymie und ihre Kombinationen. Zentralbl. f. Psychoanalyse u. Psychotherapie 4, S. 421.



244. *Zimmermann*, *Richard* (Hamburg-Langenhorn), Beitrag zur Kenntnis der Leukozytose bei der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 22, S. 266. (S. 151*.)

245. *Zimmermann*, *Richard* (Hamburg-Langenhorn), Beitrag zur Ätiologie der periodischen Seelenstörungen. Mitteilungen aus den Hamburger Staats-Krankenanstalten Bd. 15, S. 25. (S. 144*.)

a) Manisch-depressives Irresein.

Allers (4) bringt hier ein ausführliches Referat über die bisherigen Arbeiten betr. Stoffwechsel beim manisch-depressiven Irresein. Er schließt, daß sich von keiner Seite aus stichhaltige Einwendungen erheben lassen gegen die Auffassung, daß die Stoffwechselveränderungen beim manisch-depressiven Irresein Folgen des psychotischen Zustandes sind.

Bonhomme (21) will durch Verabreichung eines Brechmittels (Tart. stib. 0,05, Ipecac. pulv. 1,0, in 3 Teilen zu nehmen) oft manische Erregungszustände im Beginn unterdrückt haben, oder wenn dies nicht gelang, die Anfälle wesentlich gemildert haben. Auch in einigen Fällen von Verwirrtheit hatte er damit Erfolg, dagegen bei Melancholie nicht.

Brown (24) weist an der Hand von 8 Krankheitsfällen von langer Dauer darauf hin, daß manche Fälle von manisch-depressivem Irresein nicht in Heilung übergehen, sondern es tritt ein mehr oder weniger großer geistiger Verfall ein, ein Zustand, der in gewisser Beziehung Ähnlichkeit hat mit den Zuständen, die man bei länger dauernder Epilepsie beobachtet. Vielleicht spielen in solchen Fällen besondere ätiologische Momente mit.

Strohmeyer hat hier (226) für die Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens (herausgegeben von *Loewenfeld*) das manisch-depressive Irresein für einen weiteren Leserkreis dargestellt. Er folgt in allen Stücken *Kraepelin*.

Zimmermann (245) konnte bei seinen manisch-depressiven Psychosen in 80% und darüber eine Belastung durch den Erbgang feststellen. Die Periodiker stammen meist aus Familien, in denen ein gehäuftes Auftreten von Geisteskrankheiten vorkommt. Die Psychose verhält sich anscheinend dominant, während die Dementia praecox mehr einen rezessiven Typ vorstellt. — Es muß aber auch betont werden, daß periodische Seelenstörungen sicher in nicht erblich belasteten Familien vorkommen. Ein großer Teil der Manisch-Depressiven erweist sich schon während der Schulzeit als in die Kategorie der mehr oder weniger leicht abnormen Kinder gehörig. Ein eigentümlicher Zusammenhang scheint zwischen der Psychose und den Vorgängen des Geschlechtslebens zu bestehen, wie denn auch in den Entwicklungsjahren die Ziffern der zum ersten Mal Erkrankten sogleich gewaltig in die Höhe geht, um noch einmal im Klimakterium einen leichten Anstieg zu zeigen.

b) Paranoia.

Riebeth (181) vermehrt die Literatur des induzierten Irreseins um 6 Fälle. Eine primär geistig erkrankte Person kann sekundär bei einer andern Prädisponierten



eine psychische Störung durch emotionelle Einwirkung hervorrufen, deren Beschaffenheit durch die Disposition bestimmt wird, ohne daß eine Übertragung stattfindet. Bei der Übertragung (Induktion) handelt es sich um Überpflanzung von Symptomenkomplexen, und zwar in der Regel paranoiden Inhalts. Die Übertragung von Stimmungsanomalien depressiver Natur mit konsekutiven Wahngebilden ist jedenfalls sehr selten. Durch Induktion werden bei den Sekundärerkrankten psychogene Krankheitsformen hervorgerufen, dazu ist aber eine psychogene Disposition (Suggestibilität) nötig, die mit Debilität, Imbezillität, psychopathologischer Minderwertigkeit vereint sein kann. Besonders häufig ist die Induktion des Querulantenwahnsinns. Wahrscheinlich wird auch die Paranoia im engeren Sinne sekundär hervorgerufen werden können. Auch bei den organisch bedingten Psychosen inkl. Dementia praecox-Gruppe ist bei der Induktion eine psychogene Veranlagung sehr wahrscheinlich. Eine Übertragung von psychopathologischen Elementen kommt auch bei Geistesgesunden vor; auch Querulantenwahnsinn kann bei solchen infizierend wirken. Eine Übertragung einer Psychose auf eine geistig gesunde Person durch Induktion ist nicht bewiesen.

Schnizer (203), der hier die Krankengeschichten eines Ehepaares bringt, kommt zu folgenden Schlüssen: Es gibt eine selbständige paranoische Wahnbildung, die nicht nur ein Zustandsbild im Ablauf einer andern Krankheitsart ist. Sie entsteht auf endogenem Boden, reaktiv und psychogen. Ihre Erscheinungen sind: reine kombinatorische Wahnbildung aus überwertiger Idee, Affekt, Eigenbeziehung, Mißdeutungen, Erinnerungsfälschungen und Systematisierung sind durch diese Idee zentriert und umgrenzt. Es handelt sich um eine abnorme Entwicklung psychopathischer Individuen unter ungünstigen äußeren und inneren Lebensbedingungen. Entstehung und Art der Wahnbildung sind die wesentlichen Merkmale dieser Krankheitsart, die Wahnfabel ist nebensächlich. Unter dem Verfolgungswahn, Querulanten-, Erfinder- und sonstigem Größenwahn findet man gleichberechtigte Erscheinungsformen dieser Krankheit. Aus Zweckmäßigkeitsgründen ist diesem Krankheitsbilde die Bezeichnung Paranoia auch weiter zu belassen.

Willige (241) teilt seine kasuistischen Beiträge ein in: akute paranoische Erkrankungen bei exogenen Vergiftungen, bei inneren Erkrankungen usw., bei Degenerierten (Epileptiker, Hysterische, Haftpsychosen, Querulanten, Induzierte, Schwachsinnige), akute paranoische Psychosen ohne deutliche Ätiologie (idiopathische ? Paranoia). Er bespricht nur diejenigen nicht chronischen paranoischen Zustände, die als selbständige psychische Erkrankungen auftreten. In den meisten Fällen ist freilich eine einheitliche Ätiologie nicht nachzuweisen, sondern es spielen mehrere ätiologische Faktoren eine Rolle. Von den exogenen Giften kommt nur dem Alkohol eine größere ätiologische Bedeutung für die Entstehung akuter paranoider Zustände zu. Auch bei inneren Krankheiten kommen diese Zustände nur ganz vereinzelt vor. Dagegen sind hierbei das Rückbildungs- und das Greisenalter von wesentlicher Bedeutung. Doch sind alle diese ätiologischen Faktoren nicht die Grundursache der akuten paranoischen Psychosen, dieselbe ist vielmehr zu suchen in einer primären paranoischen Veranlagung des betreffenden Individuums, eine





latente Veranlagung, die durch eine der erwähnten ätiologischen Faktoren manifest wird. Deutlicher wird dieser ätiologische Zusammenhang bei den akuten paranoischen Psychosen der Degenerierten aller Art. *W.* verlangt das Vorhandensein einer speziellen paranoischen psychopathischen Konstitution. Dieselbe ist freilich oft nicht nachweisbar infolge mangelhafter Anamnese usw. Immerhin gibt *W.* die Möglichkeit zu, daß akute paranoische Psychosen als selbständige Erkrankungen bei nicht paranoisch Veranlagten in seltenen Fällen vorkommen, wenn auch in der Hallenser Klinik ein solcher Fall einer wirklich idiopathischen Paranoia acuta im Sinne *Thomsens* nicht nachzuweisen war. Solche Fälle dürften dann mit Vorliebe während der Involution auftreten (akute Involutionsparanoia).

c) Dementia praecox.

Coriat (33) verspricht sich in bezug auf Dementia praecox nicht viel von den pathologisch-anatomischen Forschungen, von der psychopathologischen Analyse alles. Daher beschäftigt er sich hier ausführlich mit *Bleulers* Monographie.

Elmiger (49) fand bei seinen Geisteskranken überhaupt 3—3,5 gesunde Geschwister auf ein krankes, bei Schizophrenen aber nur 2,3—3,0. Er verfügt über 25 Familien mit je 4 Kindern, von denen immer nur eines schizophren war. Also die *Mendel*sche Proportion. Die Eltern waren in diesen Familien geistig gesund. Das Merkmal Schizophrenie ist in diesen Eltern latent enthalten und vererbt sich regressiv. *E.* kommt zu folgenden Ergebnissen: Die Schizophrenie verhält sich gegenüber der geistigen Gesundheit regressiv. 1. Bei dem Zusammentreffen eines gesunden und kranken Keimes entsteht ein geistig gesundes Individuum, die schizophrene Anlage ist latent. 2. Beide Eltern sind heterozygot gesund. Die gesunden und schizophrenen Kinder zeigen das Verhältnis von 3 : 1 (*Mendel*sche Proportion). 3. Ein Elter ist homozygot gesund, der andere ist schizophren. Die Kinder sind alle gesund, aber heterozygot. 4. Ein Elter ist heterozygot gesund, der andere ist schizophren. Die Hälfte der Kinder ist heterozygot gesund, die andere ist schizophren. 5. Beide Eltern sind schizophren. Sämtliche Kinder sind schizophren. — *E.* will auch oft den Eindruck gehabt haben, als ob die im höheren Alter auftretende senile Hirnatrophie die schizophrene Anlage mobilisiere, wodurch dann der senile Verfolgungswahn entsteht, während die einfache senile Verblödung nur bei homozygot Gesunden auftritt.

Giese (61) fand unter 347 Fällen von Schizophrenie bei 63,4% bereits im Kindesalter irgendwelche Anomalien auf psychisch-neurotische Geburt, meistens schizophrene Frühsymptome. Gewisse Anomalien sind mit Spasmophilie in Verbindung zu bringen. Man darf nicht alle epileptischen Symptome in der Vorgeschichte der Schizophrenen auf die Schizophrenie zurückführen, als Frühsymptome ansehen. 8—9% der Fälle von *Giese* haben im Kindesalter bereits an Krämpfen irgendwelcher Art gelitten. Als Frühsymptom der Schizophrenie wird man epileptische Syndrome dann nicht ansehen dürfen, wenn zur Zeit ihres Auftretens manifeste Erscheinungen der Schizophrenie noch nicht vorhanden sind oder auch nicht kurze Zeit nachher sich bemerkbar machen. Für die Annahme einer Kombination von Epilepsie und Schizophrenie ist zu fordern eine gewisse Unabhängig-



keit der einzelnen Teilphase des gesamten Krankheitsbildes, so daß jede der beiden während eines längeren Krankheitsabschnittes wenigstens in ungetrübter Reinheit nachweisbar ist. Es scheint irgendein innerer Zusammenhang in der Reihe Spasmophilie — Epilepsie — Schizophrenie vorhanden zu sein. In einzelnen Fällen der Kombination Epilepsie-Schizophrenie kann die Epilepsie exogen bedingt sein. Auch kann durch Alkoholismus ein kombiniertes Bild entstehen. Nur solche Fälle können als Kombination angesprochen werden, in denen zuerst während eines längeren Zeitraums die Epilepsie für sich bestanden hat; Fälle, in denen beide Krankheiten gleichzeitig eingesetzt haben oder die Epilepsie später als die Schizophrenie aufgetreten ist, können nur dann als Kombinationen in Betracht kommen, wenn sich die Epilepsie mit Sicherheit auf bestimmte exogene Momente zurückführen läßt. In allen übrigen Fällen muß die Epilepsie als Symptom der Schizophrenie angesehen werden. Handelt es sich demnach in der Regel anfangs immer um eine sukzesssive Kombination, so kann, nachdem die Schizophrenie manifest geworden ist, das Bild der simultanen Kombination längere Zeit bestehen. Kommt es zu einem weitergehenden Zerfall der Persönlichkeit oder zu einer ausgesprochenen schizophrenen Demenz, so werden durch diese die psychisch-epileptischen Symptome in der Regel verdeckt. Dagegen können schizophrene Psychosen mit relativ günstigem Ausgang nach ihrem Abklingen das ursprüngliche Bild eines imbezill-epileptischen Zustandes nur wenig verändert wieder zum Vorschein kommen lassen.

Goldstein und *Reichmann* (63) raten, den Blutbefund nur mit großer Vorsicht für die Diagnose der Dementia praecox zu verwerten. Blutbildverschiebungen kommen z. B. auch bei manisch-depressivem Irresein vor. Doch darf die Vereinigung niedriger, absoluter Erythrozytenzahlen mit relativer Erythrozytensteigerung bei hohen Erythrozytenwerten und die durch Erregungszustände ausgelöste absolute Leukozytose mit Hypoglobulin als wahrscheinlich der Dementia praecox allein zugehöriger Blutbefund aufgefaßt werden.

Charakteristisch für die Dementia praecox scheint die Beeinflußbarkeit des Blutbildes durch minimale Adrenalin- und Pilokarpindosen zu sein. Verf. konstatierten eine elektrische anodische Übererregbarkeit bei Dementia praecox, die als konstantes und gegenüber andern Psychosen mit ähnlichen Zustandsbildern wohl differentialdiagnostisch verwertbares Zeichen aufgefaßt werden darf. Dies weist, wie bei der Spasmaphilie, auf eine Störung der Nebenschilddrüsentätigkeit hin. Der Blutdruck wird durch Adrenalin nicht gesteigert.

Hauber (78) hat außer bei Paralyse auch in 20 Fällen von Dementia praecox Nukleinsäure-Injektionen gemacht. Er hat den Eindruck, daß in einzelnen Fällen, in relativ frischen Fällen, ein Nutzen nicht zu verkennen war, namentlich sah er bei Pfropfhebephrenie, allerdings Nuklein mit einer Thyreoidinkur, recht gute Remissionen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß durch eine solche Behandlung eine Steigerung der Remissionsfähigkeit erzielt werden kann. Bei 6 Fällen von manisch-depressivem Irresein sah *H.* keine wesentliche Beeinflussung des Krankheitsverlaufes, meistens verweigerten übrigens diese Kranken die Injektion.

E. Mayer (139) spricht sich hier für die Ansichten von *Bleuler* und seine Schüler inbetreff der Schizophrenie aus.



Mollweide (148) hat bereits in einer früheren Arbeit die Dementia praecox den endogenen Aufbrauchskrankheiten *Edingers* zugewiesen. Die von *Londe*, *Jendrássik*, *Higier* und *Bing* aufgestellten Gesetzmäßigkeiten, welche für die Einordnung einer Erkrankung in die faradofamiliäre Gruppe gefordert werden müssen, nämlich: Vorherrschen der homologen Heredität, innerhalb derselben Generation homochrone Heredität, endogene Grundlage und Progressivität des Krankheitsprozesses, weist *M.* hier auch für die Dementia praecox nach. Bei beiden Krankheiten spielen weiterhin Keimschädigungen eine große Rolle. Für die Dementia praecox sprechen im Sinne der Aufbrauchshypothese die psychopathischen Züge im Vorleben der Dementia praecox-Kranken, das häufige Auftreten der Erkrankung im Gefängnis.

Gegen die *Fausers*che Theorie einer primären Dysfunktion des innersekretorischen Anteils der Keimorgane und einer sekundären Dysfunktion der Hirnrinde spricht noch *M.*, daß der Abbau der Geschlechtsdrüsensubstanz sich auch bei andern Krankheiten findet, z. B. Basedow. Und während bei den uns bekannten Erkrankungen endokriner Organe diese letzteren anatomische Anomalien zeigen, welche den Hinweis auf das jeweils vorwiegend erkrankte Organ geben können, ist dies bisher bei der Dementia praecox für die Keimdrüse nicht der Fall. Die Osteomalazie kommt bei allen möglichen Psychosen vor, nicht nur bei Dementia praecox, und tritt bei letzterer oft erst viel später als die Psychose auf. Stoffwechselstörungen kommen allerdings bei Dementia praecox häufig vor, doch bleibt dabei immer die Möglichkeit, daß eine primäre Erkrankung der Hirnrinde sekundär zu Störungen der mit ihr funktionoll verknüpften Organe und innerer Sekretion führt. Auch besteht noch die dritte Möglichkeit, daß es sich bei den nachgewiesenen Abbauprodukten der Ovarien um normale Sekrete handelt, welche infolge der Erkrankung der Hirnrinde in derselben nicht mehr verwertet werden können und deshalb in vermehrter Menge im Blute zirkulieren.

Muth (151) berichtet hier über pädagogische Versuche, die er bei einem 16jährigen Dementia praecox-kranken Jungen der besseren Stände angestellt hat. Die Versuche fielen mehr oder weniger negativ aus. Die höchst interessanten Beobachtungen und Ausführungen eignen sich nicht zu einem kurzen Referat.

Oberholzers (156) jahrelange Beobachtungen von Schizophrenen sprechen für die Gleichartigkeit der Vererbung. Wenn in der Aszendenz eines Menschen Dementia praecox vorkam, so kommt es in der Nachkommenschaft, wenn andere belastende oder keimschädigende Momente fehlen und keine andern krankhaften Anlagen eingeführt werden, stets nur zu schizophrenen Erkrankungen. Die Frage, wieviel Schizophrene in gleichem Sinne belastet sind und wieviele ihrer Kinder wiedererkranken, will O. noch offen lassen. Die schizophrene Erkrankung hat er in überwiegender Mehrzahl sowohl auf der väterlichen wie auf der mütterlichen Seite wiedergefunden, wenn auch nur in den Seitenlinien. Es überwiegt in der Genealogie die nach außen als sprunghaft imponierende Vererbung; Generationen und ganze Linien können übersprungen werden und die Erkrankung sich nur in den Seitenlinien wiederfinden.

Bei *O.*s Material sind meist beide Eltern gesund; doch findet sich die Krankheit



in Aszendenz und Seitenlinien wieder. Nur selten fand O. bei einem schizophrenen Elter, vorausgesetzt, daß der andere Elter gesund war, praecox-kranke Kinder.

Weiterhin untersuchte *O.*, in welcher Zahl die Kinder überhaupt erkranken, und fand, daß die Verhältniszahlen genau dieselben sind, wie sie *Mendel* bei seinen Pflanzenversuchen gefunden hat. Die schizophrene Veranlagung vererbt sich nach dem *Mendel*schen Gesetz wie ein rezessives Merkmal. Ein schizophrenes Individuum hat die Anlage von seiten beider Eltern, der heterozygotische Gesunde nur von einer Seite. *O.* versucht dann weiterhin, den Mendelismus mit den übrigen Tatsachen in Einklang zu bringen; er zeigt auch, weshalb bei Inzucht eine Zunahme der schizophrenen Erkrankung statthat. *O.* kann bestätigen, daß bei Paarung zweier heterozygotisch gesunder Eltern zumeist auf je 2 Kinder 1 krankes kommt.

Die geistig Gesunden der *O.*schen Genealogien sind zweierlei Natur: die homozygotisch und die heterozygotisch Gesunden, welch letztere das schizophrene Gen ebenfalls besitzen. Diese letzteren sind nicht immer gesund, sondern genießen, wie *O.* sagt, ihre Gesundheit häufig mit einer mehr oder weniger großen Beeinträchtigung. Viele Geschwister der Schizophrenen haben einen „Knacks" weg. Daraus rekrutieren sich teilweise die abnormen Charaktere, die Sonderlinge, Trinker, Selbstmörder, Hypochonder usw. Viele von den der Dementia praecox Verdächtigen gehören zu den Heterozygoten.

Pellacani (170) experimentierte mit dem Extrakt von Hoden, Hypophyse, Thyreoidea und Hirnrinde von jugendlichen Dementia praecox-Kranken. Bei 22 an Dementia praecox Leidenden fielen die Versuche im Blutserum und Liquor negativ aus.

Nach *Rosental* (187) ist das Auftreten der Hirnschwellung im *Reichardt*schen Sinne bis jetzt noch nicht völlig klargelegt. Die Hirnschwellung ist ein physikalischer Sektionsbefund. Der Beweis dafür, daß es intravitale Hirnschwellungsvorgänge gibt, ist bis jetzt nicht erbracht worden. Es läßt sich nicht ausschließen, daß eine Hirnschwellung nach dem Tode entstehen kann; dies kommt dann in Betracht, wenn sich in einem geschwollenen Gehirn bei der histologischen Untersuchung amöboide Umwandlung der Neuroglia findet, weil diese histologische Veränderung Beziehungen zu abnormen Flüssigkeitsverhältnissen in Gewebe aufweist und auf postmortalen Veränderungen beruhen kann.

Es gibt verschiedenartige histologische Befunde, welche eine Erklärungsmöglichkeit für eine Volumsvermehrung des Gehirns geben; einerseits ist es die amöboide Umwandlung der Neuroglia, anderseits aber auch Strukturveränderungen, welche entschieden nur auf intravitalen Krankheitsvorgängen im Gehirn beruhen können.

Schmidt (200) hat bei 70 Krankheitsfällen Versuche mit Adrenalin gemacht, 34 Fälle von Dementia praecox (Katatonie und Hebephrenie) und 36 Fälle von psychisch Gesunden und Psychosen anderer Art (Alkoholiker, Epileptiker, Zirkuläre und Paralytiker). Bei allen untersuchten Katatonikern und Hebephrenen blieb die Injektion von Adrenalin ohne Einfluß auf den Blutdruck. Dagegen reagierten die andern 36 Fälle ohne Ausnahme mit der üblichen Blutdrucksteigerung. Je frischer und je intensiver die klinischen Erscheinungen der Dementia praecox, desto ausgesprochener diese Unempfindlichkeit.



Schneider (202) weist zunächst darauf hin, daß man katatone Erscheinungen auch bei Geistesgesunden sieht, namentlich in Ermüdungszuständen, daß man solche Erscheinungen bereits in der Kinderstube beobachtet, vor allem kataleptische. Aus der Literatur weist er weiterhin nach das Vorkommen dieser Erscheinungen bei zahlreichen somatischen Erkrankungen und wohl bei allen geistigen Krankheitszuständen, ausgehend von Imbezillität bis zu den funktionellen Psychosen. Ausführlich kommt das Verhältnis zwischen Epilepsie und Katatonie zur Sprache. Danach kann es bei jeder Form geistiger Erkrankung vorübergehend zu katatonischen Zustandsbildern kommen, wenigstens zu Perseveration, sprachlichen und motorischen Stereotypien, Echoerscheinungen, Stupor und Katalepsie; andere katatone Erscheinungen beobachtet man fast nur in epileptischen Zuständen.

Sch. bespricht dann die Versuche, die gemacht wurden, für diese im engeren Sinne katatonen Erscheinungen, die man so häufig zusammen trifft, eine gemeinsame Grundlage zu finden. Die Perseverationstendenz ist ein physiologisches Phänomen (*Müller-Silzecker*). Diese Tendenz ist in ermüdetem Zustand vermehrt. Die falsche perseverierende Vorstellung ist nach *Heilbronner* gewissermaßen nur ein Lückenbüßer, welcher für die aus irgendeinem Grunde ausfallende richtige eintritt. Das Primäre des perseveratorischen Systems ist in einem primären Ausfall zu suchen. Kommt zu den Perseverationsbedingungen der Rededrang, so ist die Verbiparationserscheinung da, kommt andererseits der Bewegungsdrang hinzu, so hat man die motorische Stereotypie. Die Echoerscheinungen kann man als Schwäche und Ausfallerscheinung auffassen; sie sind nur eine besondere Form der Perseveration. Wie Kinder zeigen, besteht auch eine physiologische Echotendenz. Von der *Heilbronner*schen Perseverationstheorie aus lassen sich die Akinese und Mutazismus erklären, schwieriger die Katalepsie. Nach *Raynar Vogt* ist die physiologische Perseverationstendenz der Vorstellungen um so größer, je leerer das Bewußtseinsfeld von nachfolgenden Vorstellungen ist. Bei den Katatonikern ist das Bewußtsein verengert. Daher neigen Benommenheitszustände besonders zum Auftreten von katatonen Symptomen. Daher auch die katatonen Zustandsbilder bei somatischen und im engeren Sinne organisch-nervösen Erkrankungen usw. usw., auch bei Geistesgesunden im Ermüdungszustand. Katatone Zustandsbilder können überall vorkommen, wo Störungen des Vorstellungsablaufes bestehen.

Schröder (206) zählte unter 606 Verstorbenen rund ein Drittel Schizophrene. 67% aller schizophrenen Verstorbenen starben an Tuberkulose. Die katatonische Form der Schizophrenie disponiert in ungewöhnlichem Grade zu Tuberkulose. Die Bekämpfung der Tuberkulose ist bisher wenig erfolgreich gewesen, zum großen Teil deshalb, weil die Krankheit sich der frühzeitigen Erkennung entzieht. Bei frühzeitiger Diagnose wäre eine Trennung von den Gesunden sehr vorteilhaft, daher rät *Schröder*, alle Schizophrenen in kurzen Zwischenräumen zu wiegen und zu messen, und bei Konstatierung der Tuberkulose möglichst baldiger Entlassung aus der Anstalt. — Nächst der Tuberkulose ist Marasmus die häufigste Todesursache bei Schizophrenie. Trat der Verfall früh ein, so handelte es sich um die katatonische Form. Auch bei Marasmus rät *Schröder* zu möglichst früher Entlassung aus der Anstalt.



Sioli (216) teilt, nach ausführlicher Aufführung der Befunde in der psychiatrischen Literatur, eigene Untersuchungen mit, die im Original nachgelesen werden müssen. Seine Befunde zeigen einen unverkennbaren Unterschied von manisch-depressiven und andern Psychosen; mit den *Fauser*schen Reaktionstypen stimmen sie anderseits durchaus nicht überein.

Zimmermann (244) hat seine Versuche bei 50 Praecox-Kranken aller Art gemacht, meist in der *Türk*schen Zählkammer. Er verwendete die *Türk*sche Zählflüssigkeit. Bei allen Patienten wurden viermal Untersuchungen vorgenommen. Es ergab sich: Bei der relativen Leukozytose handelt es sich fast immer um eine Lymphozytose. Bei weit über 100 Untersuchungen wurde die Vermehrung der kleinen Lymphozyten nur einmal vermißt. Die Vermehrung der kleinen Lymphozyten ist in dem Verhältnis zu ihrem normalen Vorkommen nicht selten eine hochgradige. In $^{9}/_{10}$ der Fälle beteiligten sich an der Leukozytose auch die großen mononukleären Zellen und die Übergangszellen. Auffallend stark, ungefähr in $^{2}/_{3}$ der Untersuchungen, fand sich eine hin und wieder stark ausgesprochene Eosinophilie.

Diese Vermehrung der Lymphozyten, Mononukleären und Eosinophilen vollzieht sich auf Kosten der neutrophilen Zellen, deren Zahl ungefähr in 95% der Fälle herabgesetzt angetroffen wird.

In einer Reihe von Fällen kam es zu einer sehr mäßigen Vermehrung der Basophilen.

Die Lymphozytose, Mononukleose und die Eosinophilie scheinen nur geringen Schwankungen ausgesetzt zu sein, während die absolute Zahlenmenge der meisten Blutkörperchen in nicht selten weiten Grenzen zu schwanken scheint. Für die Prognose sind aber diese Befunde allein nicht verwertbar, Lymphozytose und Vermehrung der großen Mononukleären findet sich bei den schwersten Verblödungsformen und bei Fällen, die wesentlich gutartiger verlaufen. Von denjenigen Kranken, bei denen die Eosinophilie anscheinend anhielt, betraf das Höchstkontingent stark verblödete Patienten. Es muß aber betont werden, daß sich mitunter bei schwer dementen Kranken Blutbefunde erheben lassen, die aber auch in keiner Weise sich wesentlich vom Normalen, wenn man die Lymphozytose abrechnet, unterscheiden.

d) Sonstiges.

Albrecht (2) berichtet hier kurz über 138 Fälle von Involutionspsychosen. Er beschäftigt sich nur mit den funktionellen Erkrankungen des Rückbildungsalters, die Frauen befinden sich alle post cessationem mensium. Arteriosklerotische oder Herderkrankungen sind ausgeschlossen. Die Fälle sind eingeteilt in Melancholie (einfache Melancholie, agitierte [Angst-]Melancholie, depressiver Wahnsinn), Manie, präseniler Beeinträchtigungswahn, präsenile Paraphrenie (Involutionsparanoia *Kleist*). 114 Fälle gehören der Melancholie an, für Manie und präsenilen Beeinträchtigungswahn fehlen *A.* die Fälle.

Albrecht will die Melancholie des Rückbildungsalters als selbständige Krankheitsform aufrechterhalten, sie geht nicht restlos in das manisch-depressive Irresein auf. Die agitierte Melancholie ist symptomatologisch nicht sicher von der einfachen Melancholie zu trennen; in Rücksicht auf ihren Verlauf und Ausgang stellt sie viel-



leicht eine besondere Krankheitsform dar. Der depressive Wahnsinn ist zweckmäßig als Unterform der Melancholie beizubehalten. Es gibt eine Reihe von Melancholien im Rückbildungsalter, die in Demenz ausgehen, ohne daß eine Arteriosklerose für diesen Ausgang ursächlich verantwortlich gemacht werden kann. — Fälle von isoliert stehender Manie im Rückbildungsalter sind zum mindesten äußerst selten.

Der präsenile Beeinträchtigungswahn *Kraepelins* ist als selbständige Krankheitsform nicht aufrechtzuerhalten, er ist vor allem ein passageres Zustandsbild im Verlauf einer chronischen, mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen einhergehenden, an die Rückbildungsjahre gebundenen Geistesstörung, die *A.* als präsenile Paraphrenie bezeichnen möchte (Involutionsparanoia). Wahrscheinlich ist dieselbe als eine besondere Krankheitsform, vielleicht auch nur als eine praktisch bedeutsame Unterform der Paraphrenie *Kraepelins* aufzufassen.

Golla (64) hat seine Versuche auf die meisten Psychosen ausgedehnt, auch auf die organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems außer Lues und Metalues.

Gordon (66) bringt hier eine reichliche Kasuistik. Bei einer ganzen Reihe der Fälle bestanden seit Jahren nur Halluzinationen. In andern Fällen handelt es sich um zwanghafte Halluzinationen. Die Zwangsvorstellungen sind das Primäre, erst später treten Halluzinationen auf. Derartige Zustände können auch in wirkliche Psychosen übergehen.

Itten (100) beschäftigt sich mit Dementia praecox, Epilepsie, Psychopathien, Imbezillität und Idiotie. Hämatologische Untersuchungen ergaben bei weitaus der Mehrzahl der Schizophrenien von der Norm abweichende Befunde. Das Blutbild wechselt mit dem Zustandsbilde. In manchen Fällen nehmen mit der Besserung die mononukleären Zellen ab, die polynukleären (Neutrophilen und Eosinophilen) zu, bei Verschlechterung dagegen die Mononukleären zu auf Kosten der Neutrophilen, meist auch der Eosinophilen. Daneben gibt es auch Fälle von Remissionen ohne Zurückgang der Mononukleose. Völlige Heilung ohne Blutbesserung sah *Itten* nie. Pathologische Befunde kommen bei allen Formen der Schizophrenie vor. Die Schwankungen im Blutbild sind bei Paranoiden seltener als bei Katatonikern und Hebephrenen. Frisch erkrankte oder akute Schübe weisen oft eine Leukozytose auf mit gleichzeitiger Beteiligung der Neutrophilen und Lymphozyten, auch ohne Erregung. Chronische Fälle aller Gruppen zeigen in ca. $^4/_5$ der Fälle eine Lymphozytose. Lymphozytose und Eosinophilie sowie gelegentliche körperliche Symptome von der Art des Status thymico-lymphaticus deuten mit aller Wahrscheinlichkeit auf eine pathologische Funktion der Blutdrüsen.

Mayer bringt hier (140) zwei sehr interessante Krankengeschichten. Im ersten Falle handelt es sich um ein 19jähriges, bisher gesundes Mädchen mit akuter Erkrankung der Schilddrüse und der Ovarien, vielleicht auch der Nebennieren, das zunächst das Bild des partiellen Stupors zeigt, bei Behandlung der erkrankten Schilddrüse aber ein anderes Zustandsbild bot, das teilweise einer heiteren Manie, in der Hauptsache aber einer echten Katatonie glich. Mit der Änderung im Verhalten der erkrankten Drüsen ging die Änderung des psychischen Bildes einher.



Mit dem Abklingen der Psychose funktionierten auch die Drüsen wieder normal. Demnach bleibt nur die Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs.

Im zweiten Falle, der einen 34jährigen Mann betraf, handelt es sich um einen akuten Basedow, der psychisch, abgesehen von Katatonie, eigentlich alle Krankheitsbilder der gesamten Psychiatrie bot. Den Schluß machte ein länger dauernder, ängstlich-weinerlicher, depressiver Zustand. Ätiologisch kommt auch hier nur die Schilddrüse in Betracht.

Moravcsik beginnt (149) eine Serie von klinischen Mitteilungen mit der richtigen Begründung, daß es nicht wertlos ist, wenn interessante und lehrreiche Beobachtungen auch ohne größeren literarischen Hintergrund der Öffentlichkeit übergeben werden. *M.* berichtet hier über Geistesstörungen nach Hirnblutung, Lyssa, operativen Eingriffen. Sehr interessant sind die Beiträge zu den künstlich hervorgerufenen Halluzinationen, Beiträge zu den Zwangsvorstellungen, ein Fall von Synästhesie, paraphrenische Symbolisierung, Fälle von *Alzheimer*scher Krankheit.

Mit *Pappenheim* und *Groß* (167) beginnen die Zwanglosen Abhandlungen aus den Grenzgebieten der Pädagogik und Medizin, herausgegeben von *Th. Heller*-Wien und *G. Leubuscher*-Meiningen. Verff. wenden sich dem Zweck der Abhandlungen entsprechend vorzugsweise an den praktischen Arzt bzw. Kinderarzt und an die Pädagogen. Nach einer Einleitung, die sich mit den Pubertätsjahren im allgemeinen beschäftigt, werden die leichten Formen des Schwachsinns, die psychopathischen Persönlichkeiten, das manisch-depressive Irresein, die Epilepsie, die Dementia praecox und die exogenen Neurosen und Psychosen besprochen.

Römer (184) verfügt über 3 eigene Fälle von Sonnenstich. Unter Berücksichtigung der beigebrachten Literatur kommt er zu folgendem Ergebnis: 1. Die anatomische Grundlage des Sonnenstiches ist eine Meningitis (bzw. Meningo-encephalitis) acuta mit Drucksteigerung und pathologischen Zellen und Eiweißvermehrung im Liquor cerebrospinalis. 2. Die Veränderungen werden hervorgerufen durch direkte Einwirkung der strahlenden Sonne auf die Hirnhäute und das Gehirn, und zwar kommen zur Wirkung: a) direkte Wärmestrahlen, deren Durchdringungsfähigkeit erwiesen ist; b) sekundäre Wärmestrahlen, die leitende Wärme von den Bedeckungen aus; 2c) direkte Lichtstrahlen, welche bei geschädigten Bedeckungen bis zur Hirnoberfläche eindringen können; d) sekundär, durch Umwandlung aus kurzwelligen Lichtstrahlen in der Haut entstandene langwellige Strahlen.

Southard und *Bond* bringen hier (218) 25 Fälle von Psychosen, meist Depressionszustände mit Wahnideen; Schizophrenie, Arteriosklerose, Paralyse und Alkoholismus sind nicht vertreten. Bei ca. 70% der Fälle Halluzinationen, meist des Gesichts. Die Bezeichnung Involutionspsychose paßt den Verff. nicht. Es fand sich Pigment in den Gliazellen, selten in den Haarzellen, anscheinend je älter die Fälle, desto mehr Pigment.

Wilmanns (242) bespricht hier auch die Zyklothymie und die degenerativen Haftpsychosen.





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

II. LITERATURHEFT ZU BAND LXXII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1914

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

HEFT II

AUSGEGEBEN AM 25. JANUAR 1917



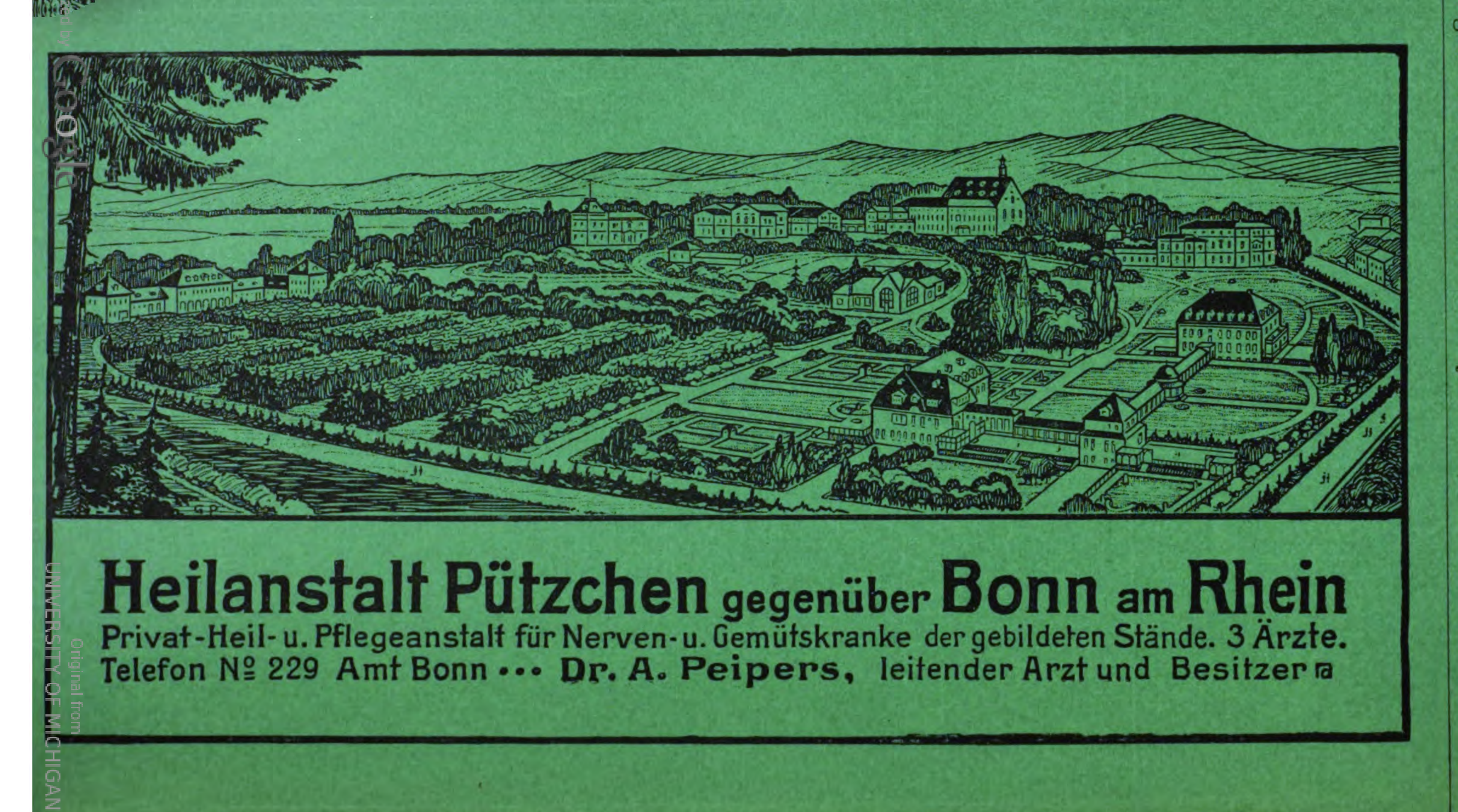
BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1917.

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalièn und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon Nº 229 Amt Bonn ... Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

5. Idiotie, Imbezilität, Debilität, Psychopathie.

Ref.: E. Schütte-Lüneburg.

1. *Alsterdorfer Anstalten*, Das 50jährige Jubiläum der Alsterdorfer Anstalten. Ztschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7, H. 5 u. 6, S. 359. (S. 165*.)
2. *Alter*, *W*. (Lindenhaus), Zur Erkenntnis abwegiger und krankhafter Geisteszustände bei Schulrekruten. Lippisches Schulblatt S. 11. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35/36, S. 327, Nr. 39/40, S. 351. (S. 166*.)
3. *Ballet*, *G*. et *Genil-Perrin*, *G*., L'examen clinique du fond mental chez les déments. Technique d'examen et représentation graphique. L'Encéphale no. 2, p. 101.
4. *Barnes*, jr., *F. M.* (St. Louis), The early recognition of the feebleminded in the public school. Repr. of the Journ. of Miss. state med. Ass., May.
5. *Barr*, *Martin W*. (Elwyn, Pa.), Prevention of growth and extension of care of our feeble-minded population. The alien. and neurol. vol. 35, nr. 4, p. 365. (S. 165*.)
6. *Berg*, Vererbung d. tuberösen Sklerose durch 2 bzw. 3 Generationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. XIX, H. 5, S. 528. (S. 162*.)
7. *Berg*, Über die klinische Diagnose der tuberösen Sklerose und ihre Beziehungen zur Neurofibromatosis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. XXV, H. 3, S. 229. (S. 162*.)
8. *Bielschowsky*, *M*. (Berlin), Über tuberöse Sklerose und ihre Beziehungen zur *Recklinghausen*schen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 2, S. 133. (S. 163*.)
9. *Bierende*, *Fritz*, Einiges über zerebrale Krankheitszustände im Kindesalter. Inaug.-Diss. Halle.



10. *Bisch*, *G. Louis*, The recognition of mental deficiency. New York med. journ. vol. 99, nr. 22.

11. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Die Behandlung der Moralisch-Schwachsinnigen. Korrbl. f. Schweizer Ärzte Nr. 7.

12. *v. Blomberg*, (Kosten), Ein seltener Fall von Hydrocephalus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 1 u. 2, S. 200. (S. 163*.)

13. *de Bruin*, *J.*, Ein komplizierter Fall von Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis (Tay-Sade). Need. Maandschr. v. Verlosk, Vrouwenz. en Kindergeneesk. 3, 593.

14. *Cáda*, *F.* (Prag), Der Arzt und Schulen für Schwachsinnige. Revue v neuropsychopath. 11, 89. (Böhmisch.)

15. *Mac Carrison*, *Rob.*, Die Ätiologie der angeborenen Struma, des Kretinismus und der Krankheiten der Parathyreoidea. The Lancet 21, III.

16. *Charon*, *R.*, Les classements des états psychiques, les caractères anormaux. L'Enfance anorm. no. 27, p. 129.

17. *Decroly*, *M.*, Examen mental des enfants anormaux. L'Enfance anormale no. 27, p. 134.

18. *Dieterle*, *Hirschfeld* u. *Klinger* (Zürich), Zum Kropfproblem. Korrbl. f. Schweizer Ärzte Nr. 20. (S. 162*.)

19. *Dolega*, *Herbert*, Über mongoloide Idiotie. Inaug.-Diss. Greifswald.

20. *Fernald*, The burden of feeble-mindedness. Medical communications of the Massachusetts medical society vol. XXIII, 1912. (S. 165*.)

21. *Fernald*, *W. E.* (Wawerley, Mass.), The diagnosis of the higher grades of mental defect. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 3, p. 741. (S. 161*.)

22. *Génil-Perrin*, *G.*, Un débile automutilateur. Journ. de neurol. no. 1, p. 1.

23. *Hamburger*, *F.* (Wien), Über Psychotherapie im Kindesalter. Wien. med. Wschr. Nr. 24.

24. *v. Hansemann* (Berlin), Infantilismus als Bedingung für Krankheiten. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 11, Nr. 15.

25. *Hasal*, *J. C.* (Washington), Constitutional psychopathy in children. The alienist and neurologist vol. 35, nr. 1, p. 26.

26. *Hochsinger*, *K.* (Wien), Über einen Fall von Säuglingsmyxödem. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 12, S. 550.

27. *Hüttel*, Schwachsinn der Kinder und Infektionskrankheiten. Čas. česk. lék. no. 18.

28. *Kehoe*, *H. C.* (Francfort, Ky.), The feeble mindedness, their environment and social relation. The alien. and neurologist vol. 35, nr. 3, p. 281. (S. 165*.)

29. *Kehoe*, *H. C.* (Francfort, Ky.), The causative forces of mental deficiency. The alien. and neurologist vol. 35, nr. 3, p. 275. (S. 166*.)

30. *Kellner*, Die ärztliche Versorgung der Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker. Ztschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 7, S. 369. (S. 166*.)

31. *Kirmße*, *M.* (Anstaltslehrer in Idstein i. T.), Dr. med. *Karl Ferdinand Kern*, ein Bahnbrecher der deutschen Schwachsinnigenbildung. Eos, Jahrg. X, H. 4, S. 254.

32. *Knox*, *H. A.*, Mental defectives. New York medical journ. vol. 99, p. 5.

33. *Kretscher*, *M.*, Zur Neuropathie des kindlichen Alters. Ztschr. f. phys. u. diät. Therapie Bd. 18, H. 4.

34. *Laurent*, *A.*, Les arrièrés scolaires d'après un ouvrage récent. L'Enfance anormale no. 25, p. 14.

35. *Lomer*, Über graphologische Kennzeichen d. Schwachsinns. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 53, H. 1. (S. 161*.)

36. *Lomer*, Über graphologische Kennzeichen des Schwachsinns. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 55, H. 3. (161*).

37. *Maere*, L'éducation des anormaux profonds. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg. no. 172, p. 68.

38. *Marchand*, *L.*, et *Usse*, *F.*, Maladie de Raynaud transitoire, à localisations peu commune, chez un démente. Nouv. Iconogr. de la Salp. vol. 7, p. 52.

39. *Morelli*, *A.*, Tre nuove casi di mongolismo. Nota iconografica. Rivista di patolog. nerv. e ment. f. 19, p. 145.

40. *Moro*, *E.* (Heidelberg), Über Neuropathie im Kindesalter. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 1 u. 2.

41. *Nieuwenhuijse*, *P.* (Meerenberg), Zur Kenntnis der tuberösen Hirnsklerose und der multiplen Neurofibromatosis und über

die behauptete enge Verwandtschaft dieser beiden Krankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 24. H. 1. S. 53. (S. 162*.)

42. *Oswald, A.* (Zürich), Behandlung des endemischen Kretinismus. Schweizer Korrbl. Nr. 24. (S. 164*.)

43. *Pangrek, D.* (Prag), Schulrepetenten vom medizinischen Standpunkt. Čas. česk. lék. vol. 53. p. 1241.

44. *Parhon* et *Dan*, Note sur un cas d'ichtyose avec débilité mentale. Communic. à la Soc. des Sciences médic. de Bucarest. Séance du 16. janvier 1911. (S. 163*.)

45. *Parhon* et *Odobescu*, Asupra câtorva cazuri de mongolism. Revista Stüntelor Medicale Nr. 11, November 1913.

46. *Pear, T. H.*, and *Stanley Wyatt*, The testimony of normal and mental defectiv children. The British journ. of psychol. nr. 6, p. 387.

47. *Pearson, K.*, and *Jaederholm*, Mendelism and the problem of the mental defect. London, Dulan & Co. 1 sh.

48. *Pensylvania training-school for feeble-minded children.* 62. Jahresbericht. (S. 165*.)

49. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Geistesstörung und Kriminalität im Kindesalter. Med. Klin. Nr. 3, S. 91. (S. 160*.)

50. *Rappawi*, Die Erziehung des blinden Kindes im Elternhause. Brünn, Selbstverlag. (S. 166*.)

51. *Rappawi*, Naturfreuden der Blinden. Brünn, Verlag der Kunstwarte. (S. 166*.)

52. *Rappawi*, Geistesleben der Blinden. Eos, Jahrg. 10, H. 4. (S. 166*.)

53. *Sänger, A.* (Hamburg), Eunuchoidismus. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3—6.

54. *Sante de Sanctis*, Das Maß der Intelligenz. Eos, Jahrg. 10, H. 2. S. 88. (S. 161*.)

55. *Schenk, Alwin* (Rektor in Breslau), An der Grenze der Bildungsfähigkeit. Eos, Jahrg. 10, H. 4, S. 241. (S. 166*.)

56. *Schilling*, Der Stand der sozial-hygienischen Fürsorge f. psychopath. Kinder im Jahre 1913. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen 3. F., XLIX, 1. (S. 164*.)

57. *Schnitzer*, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. Erf. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7, S. 74. (S. 164*.)

58. *Schnitzer*, Bericht an den Herrn Landeshauptmann von Pommern



über die psychiatrische Untersuchung u. Behandl. d. Fürsorgezöglinge i. d. Erziehungsanstalten bei Stettin. Psych.-neurol. Wschr. XVI. Jahrg., Nr. 23/24. (S. 164*.)

59. *Schnitzer*, *H.*, u. *Pensky* (Stettin), Die Geschichte der Kückenmühler Anstalten. Zugleich ein Beitrag zur Geschichte der Schwachsinnigenfürsorge in Deutschland. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7, H. 1—3, S. 1. (S. 165*.)

60. *Schröder*, *P.* (Greifswald), a) Poriomanie. b) Moral insanity. (Greifswalder Med. V. Off. Protokoll v. 22. Nov. 1913.) D. med. Wschr. Nr. 7.

61. *Séglas*, *J.* (Paris), Quelques considérations cliniques sur les accès maniaques chez les débiles. Ann. médico-psychol. no. 1, p. 5.

62. *Seyer*, *E.*, Mentally defective children and their treatment. Journ. of State med. tom. 22, no. 3, p. 152.

63. *v. Stauffenberg* (München), Über Begriff und Einteilung des „Infantilismus". Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 255. (S. 160*.)

46. *Stieda*, *A.* (Halle a. S.), Weitere Erfahrungen mit dem Balkenstich, speziell bei Epilepsie und Idiotie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 18, S. 216.

65. *Stieda*, *A.* (Halle a. S.), Balkenstich, speziell bei Epilepsie, Idiotie und verwandten Zuständen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 2, S. 277. (S. 164*.)

66. *Volpi-Ghirardini*, *G.*, e *Zuccari*, *G.*, Sull' endemia gozzo cretinica nella Provincia di Udine. Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 639—665.

67. *Wasner*, *Martin*, Psychosen auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwächezustände. Eine klinische Studie. Inaug.-Diss. Greifswald.

68. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Idiotie und Imbezillität. Die Gruppe der Defektzustände des Kindesalters. Handb. d. Psychiatrie, herausgeg. von *Aschaffenburg*. (S. 160*.)

69. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Schwachsinn und Hirnkrankheiten mit Zwergenwuchs. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 1, S. 25. (S. 161*.)

70. *Williams*, The cause and cure of night terrors in children. Archives of Pediatrics, Dezember 1914. (S. 164*.)



I. Allgemeines.

Eine zusammenfassende Darstellung der Defektzustände des Kindesalters, der Idiotie und Imbezillität hat *Weygandt* (68) in dem von *Aschaffenburg* herausgegebenen Handbuche der Psychiatrie gegeben.

Entsprechend den auf diesem Gebiete gemachten großen Fortschritten konnte eine Einteilung in klinische Gruppen durchgeführt werden, wenn auch ein streng wissenschaftliches Prinzip noch nicht in allen Punkten aufzustellen ist.

Die einzelnen Formen der Idiotie sind in mustergültiger Weise eingehend unter Beifügung guter Abbildungen besprochen, auch die Frühformen von Psychosen und Psychoneurosen haben gebührende Würdigung gefunden.

Ein weiteres Kapitel ist den körperlichen Symptomen bei den jugendlichen Defektzuständen gewidmet. Hier bringt besonders die Besprechung der Schädelanomalien sehr interessante Einzelheiten. Der Erörterung der psychischen Symptome sind auch Ausführungen über die Kriminalität der Imbezillen, die Sexualität und das Vorkommen besonderer Talente bei Schwachsinnigen angeschlossen. Bei der Schilderung der Debilität warnt *Weygandt* mit Recht davor, hier die Grenze zu sehr in die sogenannte physiologische Breite des Normalen hinein auszudehnen. Die dann folgenden Kapitel über Diagnose, Prognose und Therapie geben eine erschöpfende Darstellung über alles Wissenswerte. Bei der körperlichen Behandlung sind alle bisher versuchten operativen Maßnahmen aufgezählt, zu deren aussichtsvollsten der Balkenstich zählt. Die psychische und heilpädagogische Behandlung ist ebenfalls eingehend erörtert, auch die Frage der Unterbringung der sittlich gefährdeten oder entarteten Kinder hat ihren Platz erhalten. Das *Weygandt*sche Werk enthält alles Wissenswerte in klarer Darstellung und verrät in jedem Kapitel die außerordentliche Erfahrung seines Verfassers.

Nach der Definition *von Stauffenbergs* (63) ist Infantilismus eine kongenitale, allgemeine Entwicklungsstörung des gesamten Organismus oder ausgedehnter Organkomplexe desselben, der eine Schädigung oder Erschöpfung des Keimes zugrunde liegt, die entweder eine gleichmäßige primäre Wachstumschwäche oder eine durch besondere Bildungsstörung hochwertiger Produktivorgane bestimmter Systeme ungleichmäßige Entwicklungshemmung bedingen. Man unterscheidet einen glandulär dystrophischen, einen rein dystrophischen und einen rein psychischen Infantilismus.

Von 371 Fürsorgezöglingen, die *Raecke* (49) untersuchte, hatten 292 Kinder bis zu 16 Jahren bereits kriminelle Handlungen begangen, und zwar hatten sich die meisten, 175, eines Eigentumsvergehens schuldig gemacht. In zweiter Linie kamen Verstöße sexueller Natur. Nur in einem knappen Viertel aller Fälle war nichts Pathologisches nachweisbar; fast in der Hälfte der Zahl bestanden intellektuelle Defekte. Bemerkenswert war, daß bei Eigentumsvergehen die Gesunden mehr zur Zusammenrottung und Bandenbildung neigten als die Schwachsinnigen. Bei den sexuellen Delikten der gesunden Kinder bildete Verführung die Hauptursache, dagegen war bei den Psychopathen die Hälfte eigenen sexuellen Antrieben gefolgt, bei den Hysterischen alle, bei den Schwachsinnigen die überwiegende Majorität.



Sante de Sanctis (54) gibt eine Übersicht über die Methoden der Intelligenzprüfung, er selbst hat ein besonderes Schema für diese Zwecke zusammengestellt. Als sehr wertvoll bezeichnet er das empirische Verfahren, alle Schüler, die zum zweitenmal repetieren, und alle, welche sich nach 3 Monaten der Schuldisziplin nicht angepaßt haben, auszuschließen. Für diese soll dann durch Hilfsschulen und mediko-pädagogische Institute gesorgt werden.

Fernald (21) erörtert die Diagnose in den Fällen von stärker ausgeprägtem Schwachsinn und gibt ein Schema für die Untersuchung sowie eine Reihe von praktischen Winken.

Lomer (35) hat an einer größeren Anzahl von Fällen die graphologischen Kennzeichen des Schwachsinns untersucht. Als Hauptsymptome fand er eine große Getrenntheit der Schrift, Tremor verschiedenen Grades, schulmäßige Schrift, Abweichungen von der geraden Linie in Zeilenführung und Buchstabenbildung, Ataxie der Wort- und Satzelemente und schließlich mangelhafte oder fehlende Interpunktion. Dabei war ein prinzipieller Unterschied zwischen angeborenem und erworbenem Schwachsinn nicht zu konstatieren. In einer weiteren Arbeit setzt *Lomer* (36) diese Untersuchungen fort; er fügt als weitere charakteristische Momente hinzu eine unordentliche Aufmachung des ganzen Schriftstückes und auffällige Schriftgröße, die besonders bei geringeren Graden des Schwachsinns hervortreten. Als wichtiger grapho-psychologischer Komplex in der Schrift Dementer fielen schließlich noch die graphischen Äquivalente für Heuchelei und Verlogenheit, nämlich geschlossene Formen, Arkaden, doppelte Bogenbindung und Fadenschrift auf.

II. Ätiologie.

Spezielle Pathologie und pathologische Anatomie, Therapie.

Weygandt (69) hat die wichtigeren Formen von Zwerg- und Minderwuchs auf ihren Zusammenhang mit geistiger Gesundheit geprüft. In ätiologischer Hinsicht kommen in Betracht: 1. Tuberkulose der Wirbelsäule oder der Extremitäten, 2. Rachitis, 3. Chondrodystrophie, 4. Turmschädel, 5. Hypothyreoidismus, 6. Hypopituitarismus, 7. Thymusexstirpation bei Hunden, 8. Dysadrenalismus, 9. Gifte wie Alkohol, Blei usw., 10. Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose, Syphilis, 11. Erkrankungen des Zentralnervensystems wie progressive Muskelatrophie, Poliomyelitis ant. chron., 12. Störungen im Zirkulationsapparat, besonders schwere Herzfehler, 13. Ernährungsstörungen, 14. Mongolismus, 15. schwere Hirnerkrankungen wie Hydrozephalie, deren Gemeinschaft mit Zwergwuchs durch den Einfluß auf die Hypophyse zu erklären ist, ferner Mikrozephalie, enzephalitische Mikroencephalie, Porencephalie und zerebrale Kinderlähmung. Erwähnt müssen ferner zwei Gruppen von Minderwuchs werden, bei denen die Psyche normal ist. Es sind dies die als Nanismus infantilis zu bezeichnenden Fälle, die normal geboren sind, aber im Laufe der Kindheit im Wachstum gehemmt werden. Hierher gehört ein großer Teil der in Liliputanertruppen vorgeführten Zwerge. Die zweite Gruppe,



der sogenannte Nanismus primordialis, umfaßt die Fälle, bei denen schon bei der Geburt Zwergwuchs ausgesprochen war.

Rätselhaft ist bisweilen die Verteilung der Zwergfälle in einer Familie. So konnte Verf. beobachten, daß unter sechs Brüdern der 1., 3. und 5. körperlich und geistig gehemmt waren. Auch für die Fälle, in denen die Wachstumshemmung plötzlich durchbrochen wird, fehlt eine Erklärung. So fing ein von *Weygandt* beobachteter Zwerg mit 30 Jahren an zu wachsen, und zwar um 36 cm.

Dieterle, *Hirschfeld* und *Klinger* (18) wenden sich gegen die von *Bircher* vertretene Theorie der Entstehung des endemischen Kropfes, nämlich daß bestimmte geologische Formationen an das Wasser eine kolloidale Substanz abgeben, welche die Ursache des Kropfes sein soll. Nachuntersuchungen in den in Frage kommenden Orten haben die *Bircher*sche Auffassung nicht bestätigt.

Eine Anzahl von Arbeiten beschäftigt sich mit der tuberösen Sklerose. Ein von *Berg* (6) beobachtetes, völlig idiotisches Kind mit Naevus sebaceus (Typus *Pringle*), das im Alter von 8 Jahren starb, zeigte eine hochgradig entwickelte Form der tuberösen Sklerose. Ferner waren in der Herzmuskulatur einzelne lipomatöse Herde vorhanden, in der Rinde der linken Niere ein kirschkerngroßes Angiofibrom. Besonders interessant war, daß der Großvater des Kindes, der geistig völlig gesund war, in hohem Alter an einem Nierentumor gestorben war. Der Vater dagegen war seit dem 3.—4. Lebensjahre ebenfalls mit Naevus sebaceus behaftet, er litt seit einem Unfall an epileptischen Krämpfen und starb an einem Nierentumor. Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab Gliawucherungen in der Rinde und an den Wänden der Seitenventrikel.

Verf. weist darauf hin, daß der Begriff „tuberöse Sklerose" sich als zu eng erweist, da außer am Gehirn noch Veränderungen anderer Organe vorkommen können, die sogar den Hauptbefund bilden können. Bei zwei Fällen des Verf., die der tuberösen Sklerose stark verdächtig sind, konnten eine neuritische Atrophie bzw. eine Chorioiditis nachgewiesen werden, es kann also auch das Auge ergriffen werden.

In einer weiteren Abhandlung betont *Berg* (7) das Vorkommen anderer krankhafter Veränderungen des Körpers neben dem Gehirnbefund. Diagnostisch besonders wertvoll sind die Nierentumoren, ferner die Veränderungen der Haut, unter denen der Naevus sebaceus (*Pringle*sche Krankheit) am wichtigsten ist. 4 von dem Verf. beobachtete Kranke zeigten außerdem noch andere Hautanomalien, wie Pigmentierungen, Depigmentierungen und flächenhafte Naevi. Auch eine blaßbraune, bandartige, erhabene Hautpartie an der Stirn ist beobachtet worden. Es ist anzunehmen, daß auch diese Veränderungen in Beziehungen zur tuberösen Sklerose stehen. Weiter führt der Verf. 4 Krankengeschichten an, in denen neben schweren zerebralen Störungen (Epilepsie und Demenz) sich an der Haut Anzeichen von Neurofibromatosis finden, und weist darauf hin, daß diese oft mit tuberöser Sklerose vergesellschaftet ist. Man würde also diese Gruppe von Kranken schon bei Lebzeiten von der genuinen Epilepsie abtrennen können. Eine endgültige Entscheidung würde hier aber erst das Ergebnis der Sektion bringen.

Nieuwenhuijse (41) hat 3 Fälle von tuberöser Sklerose und einen Fall von

multipler Neurofibromatose untersucht. Er kommt zu dem Ergebnis, daß beide sowohl klinisch wie anatomisch durchaus verschieden sind. Die Hautfibrome haben für jede dieser Krankheiten ihre besondere Eigenart. Die *Recklinghausen*sche Krankheit ist nur selten von Hirnveränderungen begleitet; wenn diese aber vorhanden sind, so stimmen sie mit den Befunden bei tuberöser Sklerose keineswegs überein. Sie bestehen in multiplen kleinen Zellgruppen in allen Teilen der Rinde und auch im Marke, die charakterisiert sind durch die wechselnde Größe der Zellen, die unscharfe Begrenzung des Protoplasmas und die Vielgestaltigkeit der Kerne. Dazu kommt eine abnorme Markscheidenbildung um die Zellgruppen herum und teilweise in den Zellgruppen selbst, ferner Gefäßveränderungen, Bindegewebsknoten und gliöse Tumoren der Hirnrinde. Die Hirnveränderungen bei tuberöser Sklerose führt der Verf. auf Entwicklungsstörungen an multiplen Stellen des Gehirns zurück.

Gegen diese Ausführungen wendet sich *Bieloschowsky* (8). Er vertritt die Ansicht, daß die tuberöse Sklerose zwar zu den embryonalen Entwicklungsstörungen gehört, daß aber diese Störung vorwiegend in der blastomatösen Entwicklungstendenz der gliösen Elemente liegt und nicht in einer primären Mißbildung der Parenchymteile. Er betont, daß die Hautveränderungen bei tuberöser Sklerose nicht prinzipiell von denen der *Recklinghausen*schen Krankheit verschieden sind. Bei der allgemeinen Fibromatose stimmen ferner gewisse Typen „großer" Zellen vollkommen mit denjenigen der tuberösen Sklerose überein. Die von *Nieuwenhuijse* angeführten multiplen kleinen Zellenherde besitzen alle wesentlichen Eigenschaften der tuberösen Knoten, sie bestehen aus „großen" gliogenen Zellen, aus proliferierten Gliakernen und Gliafasern. Auch die Gefäßveränderungen beim Morbus *Recklinghausen* sind in analoger Weise schon von *Bielschowsky* bei tuberöser Sklerose beschrieben worden. Die Rindenflecke sieht der Verf. nicht als eine abnorme Produktion von Markscheiden, sondern als ein durch die Färbetechnik bedingtes Kunstprodukt an. Tuberöse Sklerose und *Recklinghausen*sche Krankheit haben also so viel Gemeinsames, daß sie auf eine einheitliche pathogenetische Grundlage gestellt werden müssen. Beide basieren auf gleichartigen fötalen Anlagefehlern, aus denen blastomatöse Prozesse hervorgehen.

Frhr. v. Blomberg (12) beschreibt eingehend Schädel und Gehirn einer im Alter von 16 Jahren verstorbenen Idiotin mit starkem Hydrocephalus. Der Kopfumfang betrug in der Höhe der beiden am meisten hervorragenden Teile der Schläfenbeinschuppen 58 cm. Die beiden Schläfenschuppen und Stirnbeinhöcker waren stark aufgetrieben; die große Fontanelle war offen. Die Thymus war erhalten, sie wog 50 g. Die Menge der Hirnflüssigkeit betrug 1150 cm, trotzdem wog das Gehirn noch 1250 g. Die Parietalrinde war stark verschmälert, die wesentlichen Bestandteile waren aber hier erhalten, während sich im Temporalhirn eine deutliche Entartung der Ganglienzellen, Wucherung der Glia und Ausfall der Achsenzylinder fand. Eine sichere Ursache der Krankheit war nicht zu ermitteln.

Parhon und *Dan* (44) stellen einen 31 Jahre alten schwachsinnigen Kranken mit ausgedehnter Ichthyosis vor. Die Thyreoidea war nicht zu fühlen, der Blutdruck erschien herabgesetzt, die mononukleären Leukozyten stark vermehrt. Es ist anzu-



nehmen, daß alle diese Störungen einer Hypofunktion der Schilddrüse ihren Ursprung verdanken.

Stieda (65) berichtet über Erfolge des Balkenstichs, der an 17 Fällen 19mal ausgeführt wurde. Infolge des Eingriffes ist kein Patient gestorben oder nachweislich geschädigt, dagegen wurde fast bei allen Fällen von Epilepsie mehr oder weniger erhebliche Besserung erzielt; bei einem Falle von *Jackson*scher Epilepsie verloren sich die Anfälle gänzlich, auch die bestehende Stauungspapille verschwand dauernd. Zumeist fand man nach Eröffnung der Dura nur geringe oder fehlende Hirnpulsation, nach Ablassung von nur wenigen Kubikzentimetern Flüssigkeit traten wieder Hirnbewegungen auf.

Oswald (42) hat in zwei Fällen von endemischem Kretinismus durch Behandlung mit Jodthyreoglobulin (Thyrakrin) auffallende Besserung erzielt. Bei beiden Kranken war die Schilddrüse nicht fühlbar. Ein Versuch, auch Individuen mit Mongolismus sowie kleinem familiären Körperwuchs in gleicher Weise günstig zu beeinflussen, mißlang.

Williams (70) beschreibt zwei Fälle von nächtlichen Angstzuständen, die durch psychische Therapie geheilt wurden. Im Anschluß daran erwähnt er kurz mehrere Beobachtungen, die er über die günstige Wirkung der Psychoanalyse bei jugendlichen Individuen gemacht hat.

III. Fürsorge für Schwachsinnige und Psychopathen. Fürsorgeerziehung. Prophylaxe.

Eine gute Übersicht über den Stand der sozial-hygienischen Fürsorge für psychopathische Kinder im Jahre 1913 gibt *Schilling* (56). Er weist auf die große Lücke hin, welche in der praktischen Fürsorge für die psychopathischen Kinder der Unbemittelten noch klafft. Die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge hat allerdings das erste Heilerziehungsheim für Psychopathen in Templin eröffnet, doch beträgt das jährliche Pflegegeld immer noch 900 M. *Schilling* wünscht daher eine staatliche Einrichtung, ein Erziehungsheim, dem die schulpflichtigen Kinder nötigenfalls zwangsmäßig überwiesen werden können.

Über die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung hat *Schnitzer* (57) eine lesenswerte Arbeit geliefert. Er bespricht zunächst die gesetzlichen Grundlagen, dann die geistige Beschaffenheit der Fürsorgezöglinge, den Gang und die Ergebnisse der Untersuchungen. Die Einrichtung von Sonderabteilungen in größeren Erziehungsanstalten hält Verf. für unbedingt nötig. Bei der Fürsorge für entlassene krankhafte Zöglinge wird die Entmündigung sehr gute Dienste leisten können. Interessant ist hier die Mitteilung, daß im letzten Berichtsjahre in Pommern sämtliche Entmündigungsanträge erfolglos geblieben sind. Hier müßte allerdings ein Wandel eintreten. Weiterhin tritt Verf. für die Einrichtung von Erzieherschulen und Seminaren in großem Maßstabe ein. *Schnitzer* (58) berichtet weiter über die psychiatrische Untersuchung und Behandlung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten bei Stettin. Von den im abgelaufenen Jahre untersuchten 207 Zöglingen waren 60,87% nicht normal. Im ganzen waren erblich belastet 40,1% und von diesen 68,67% durch Alkoholismus. Von den abnormen Zöglingen waren



26,57% männliche und 13,53% weibliche meist in direkter Linie erblich belastet. Gerichtlich bestraft waren von den normalen weiblichen 12,3%, von den abnormen weiblichen 14%, von den normalen männlichen waren 18,6% und von den abnormen männlichen 25,3%.

Barr (48) bringt den Jahresbericht 1913/14 der Schule für schwachbegabte Kinder in Pennsylvania. Der Zugang betrug 51 (24 Knaben und 27 Mädchen), der Abgang betrug 36 (17 Knaben und 19 Mädchen), die Zahl der Todesfälle 12. Am Schluß des Berichtsjahres hatte die Anstalt 1075 Insassen — 576 Knaben und 499 Mädchen. Von den Aufgenommenen erwiesen sich nur 2 Knaben und 7 Mädchen als nicht bildungsfähig. In der Behandlung der Tuberkulösen wurden gute Resultate erzielt. Die Einteilung der Kinder in verschiedene Klassen je nach ihrer Bildungsfähigkeit wurde fortgesetzt, besonderer Wert wurde auf die praktische Beschäftigung gelegt.

Schnitzer und *Pensky* (59) haben zum 50jährigen Jubiläum eine Geschichte der Kückenmühler Anstalten geschrieben und geben eine Schilderung der Entwicklung aus kleinen Anfängen bis zu einer Zahl von 1139 Kranken. Außer Schwachsinnigen und Epileptikern enthält die Anstalt auch Fälle von Hysterie, Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein und Paralyse. Eine Abteilung für psychopathische Fürsorgezöglinge ist geplant. Das Anstaltsterrain umfaßt jetzt 560 Morgen mit 75 Anstaltsgebäuden im Pavillonstil. Medizinisch bemerkenswert ist die Behandlung des Status epilepticus mit Aderlaß, Kochsalzinfusion und Amylenhydrat per Klysma. Seit Einführung dieser Behandlung sind Todesfälle im Status nicht mehr vorgekommen. Auch die *Alsterdorfer Anstalten* (1) haben das Fest ihres 50jährigen Bestehens feiern können.

Mit der rechtzeitigen Erkennung der Schwachbegabten in den öffentlichen Schulen beschäftigt sich *Barnes* (4). Er verlangt Untersuchung aller irgendwie verdächtigen Schüler und empfiehlt die Methode von *Binet-Simon*. Kinder, welche aus irgendeinem äußeren Grunde zurückgeblieben sind, sollen in besonderen Klassen unterrichtet werden; die wirklich Schwachsinnigen dagegen, welche etwa 2% der Schüler ausmachen, sollen geeigneten Anstalten übergeben werden. Von der Sterilisation hält *Barnes* nicht viel, da gerade die auf der Grenze stehenden Individuen, welche die gefährlichsten sind, nicht zu erreichen sind. In den 8 Staaten, in welchen die Sterilisation eingeführt ist, haben sich irgendwelche Erfolge noch nicht gezeigt.

Die Ursachen der Geistesschwäche werden von *Fernald* (20) eingehend besprochen. Er verlangt energische Abhilfe durch Heiratsverbote; kein Geistesschwacher soll heiraten; normale, aber aus belasteten Familien stammende Individuen sollen sich nur mit Abkömmlingen aus ganz gesunden Familien verheiraten. Weitgehende Aufklärung der Eltern durch die Ärzte ist dringend notwendig; ferner müssen schon die Studenten der Medizin besser in der Erkennung und Behandlung der geistigen Schwächezustände unterrichtet werden, da ein frühzeitiges Feststellen der leichteren Grade des Schwachsinns sehr wichtig ist. Von der Sterilisation verspricht *Fernald* sich wenig Erfolg.

Kehoe (28) schildert die Gefahren der Degeneration, welcher die Menschheit durch Schwachsinnige, Degenerierte, Alkoholiker, Syphilitiker und Nervöse aus-

gesetzt ist, in übertriebener Weise, obwohl er sich selbst als größten Optimisten bezeichnet. Seine sehr allgemein gehaltenen Vorschläge betreffen Unschädlichmachung der genannten Individuen durch Internierung und Sterilisation. In einer zweiten Schrift zählt *Kehoe* (29) die Ursachen geistiger Erkrankung auf und fordert zwangsweise Behandlung der Trinker, Verbot der Ehe bei Geschlechts- und Geisteskrankheit, Internierung und Sterilisation der Schwachsinnigen.

Schenk (55) empfiehlt Arbeitslehrkolonien für an der Grenze der Bildungsfähigkeit stehende Kinder, später könnten die Arbeitskräfte dieser Individuen dann in geeigneten Anstalten noch nutzbringend verwendet werden.

In einem Vortrag vor der Hauptversammlung des Lippischen Lehrervereins bespricht *Alter* (2) die Anzeichen, welche bei Schulkindern auf die Möglichkeit eines abwegigen oder minderwertigen Geisteszustandes schließen lassen, und gibt eine Reihe von Anweisungen für die Praxis.

Kellner (30) beschäftigt sich mit der Frage der ärztlichen Versorgung der Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker. Er wünscht neben der Ausbildung in Psychiatrie auch vorherige Beschäftigung mit Chirurgie und Augenheilkunde.

Winke und Ratschläge für die Erziehung des blinden Kindes im Elternhause hat *Rappawi* (50) in einer empfehlenswerten Abhandlung gegeben. Derselbe Verf. (51 u. 52) schreibt über Naturfreuden der Blinden und ferner über Geistesleben der Blinden.

6. Organische Psychosen.

Ref.: Otto Pförringer-Hamburg.

1. *d'Abundo*, Sui tentativi speziali di sieroterapia nella paralisi generale progressiva. Riv. ital. di neuropat., psich. ed elettroterap. fasc. 1, p. 1.
2. *Ahrens* (Kiel), Über Lähmungsirresein in der Kaiserlichen Marine während der Jahre 1901—1911 unter Stellungnahme zur Dienstentschädigungsfrage. H. 7 der Veröffentl. a. d. Gebiete des Marinesanitätswesens. E. S. Mittler, Berlin. 49 S.
3. *Alter, W.* (Lindenhaus), Zur spezifischen Behandlung der Paralyse. Psych.-neur. Wschr. Nr. 27—28. (S. 191*.)
4. *Alter, W.* (Lindenhaus), Zur Toxizität des Salvarsans. Münch. med. Wschr. Nr. 14. (S. 192*, 205*.)
4a. *Alter* (Lindenhaus), Zur Erleichterung serologischer Arbeiten. Münch. med. Wschr. 1914, Nr. 17, S. 930. (S. 198*.)
5. *Ansalone, G.*, Contributo alla istologia patologica delle forme atipiche di demenza senile. Il manicomio ann. 28, no. 2—3.



6. *Antoni, N. Th. E.*, Über Prätabes. Regenerative Gebilde der sensiblen und sensorischen Neurosen und deren Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 2. (S. 197*.)
7. *Arsimoles* et *Legrand*, Étude clinique d'un cas de presbyophrénie de *Wernicke* avec polynévrite. Revue de psych. no. 1. (S. 199*.)
8. *Arthen, G.*, Hirngeschwulst und psychische Störung. Inaug.-Diss. Würzburg.
9. *Auerbach, S.*, Die Frühdiagnose der multiplen Sklerose, der Tabes und der Paralyse. Ztschr. f. ärztl. Fortbild., August.
10. *v. Bayer*, Über ein neues Symptom bei Tabes. Münch. med. Wschr. Nr. 20.
11. *Balthaszard*, Un cas de mort par le salvarsan. La Pratique méd. légale I. no. 1.
12. *Banse* und *Roderburg*, Bemerkungen über die progressive Parlayse, mit besonderer Berücksichtigung der Halluzinationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 1 u. 2. (S. 195*.)
13. *Becker, W.*, Zur Symptomatologie der multiplen Sklerose. Inaug.-Diss. Kiel.
14. *Berg, H.*, Über die klinische Diagnose der tuberösen Sklerose und ihre Beziehungen zur Neurofibromatosis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 3.
15. *Berger, H.*, Neosalvarsan und Zentralnervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 23, H. 2—3.
16. *Beriél* und *Durand*, Ein therapeutischer Versuch bei Tabes und Paralysis progressiva: arachnoidale Injektion mit Serum von Syphilitikern. Neurol. Ztlbl. Nr. 10.
17. *Beriél*, Meine Hirnpunktion und die Untersuchung des Treponema bei Dem. paralytica. Neurol. Ztlbl. Nr. 1.
18. *Bernheim*, L'aphasie. Conception psychologique et clinique. Paris, Doin.
19. *Beutler*, Beitrag zur Ätiologie der *Friedreich*schen Krankheit. Inaug.-Diss. Marburg.
20. *Biach* und *Kahler*, Zur Kenntnis der Veränderungen der Spinalflüssigkeit nach Neosalvarsanapplikation. Wien. klin. Wschr. 27.
21. *Bloch* und *Vernes*, Un signe rétrospectif de la syphilis: Hyperalbuminose pure du liquide céphalo-rachidien, sans leuco-

cytose et sans Wassermann. Compt. rend. Soc. de biol. vol. 76. no. 7.

22. *Boas*, Die *Wassermann*sche Reaktion, mit besonderer Berücksichtigung ihrer klinischen Verwertbarkeit. Berlin, Karger. 2. Aufl.

23. *Boggs* und *Snowden*, Intraspinale Syphilis- und Zerebrospinalsyphilisbehandlung. Arch. of int. med. fasc. 6.

24. *Bonhoeffer*, *K.*, Klinischer und anatomischer Befund zur Lehre von der Apraxie und der motorischen Sprachbahn. Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 35, H. 2.

25. *Bonhomme*, Les acquisitions récentes dans le domaine de la paralysie générale. Rev. med. de la Suisse rom. no. 5.

26. *Boveri*, *P.*, Eine neue Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Münch. med. Wschr. Nr. 22. (S. 198*.)

27. *Brissot*, *M.*, Un cas de paralysie générale infantile. Ann. méd. psych. no. 6, p. 662.

28. *Brückner*, *E. L.* (Hamburg), Über Erfahrungen mit einem neuen Arsenpräparat: Arsalyt. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 10, S. 118.

29. *Brückner*, *E. L.* (Hamburg), Die diagnostische Bedeutung der *Weil-Kafka*schen Hämolysinreaktion für die Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 287.

30. *Burr*, *Ch.* (Philadelphia), The relation of aphasia to mental disease from the medico-legal standpoint. New York med. Journ. vol. 99, nr. 19.

31. *Burr*, *Ch.* (Philadelphia), Insanity, other than paresis, in locomotor ataxia. The american journal of insanity vol. 70, nr. 3.

32. *Bychowski*, *Z.* (Warschau), Zur chirurgischen Behandlung der Leptomeningitis purulenta circumscripta. Neurol. Ztlbl. Nr. 95, S. 953.

33. *Camp*, *Carl* (Ann Arbor, Mich.), Paralysis agitans syndrome with syphilis of the nervous system. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 8, p. 489.

34. *Ciarla*, *Ernesto* (Rom), Ein Beitrag zum Bilde der senilen Hirnrinde. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 523.

35. *Claude*, *H.*, *Porak*, *R.*, und *Rouillaud*, Untersuchungen über klinische Manometrie mit spezieller Bezugnahme auf das Studium des Druckes der Zerebrospinalflüssigkeit. Rev. de méd. no. 6.



36. *Claude* et *Rouillaud*, Le liquide rachidien. Paris méd. no. 19.
37. *Cohen*, *Ludwig*, Die Goldreaktion im Liquor cerebrospinalis. Inaug.-Diss. München.
38. *Collet*, *Arthur*, Ein Fall von Paralysis generalis bei einem 11jährigen Knaben. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79, H. 1.
39. *Collin*, *A.*, Quelle est la forme clinique de la syphilis, qui aboutit le plus souvent à la paralysie générale. Gaz. des hôp. no. 69.
40. *Collins*, *Jos.*, Salvarsan a valuable treatment of brain tumor symptoms dependent upon syphilis. New York med. journ. vol. 99, nr. 20.
41. *Corson-White*, *E. P.*, and *Ludlum*, Syphilitic tests in latent and treated syphilis. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 5, p. 286.
43. *Craig*, *C. B.* (New York), Cerebral syphilis in the secondary stage. Med. record vol. 86, p. 422.
44. *Craig*, *C. B.*, und *Collins*, *J.*, 4 Jahre Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan bei der Behandlung syphilitischer Erkrankungen des Nervensystems. Journ. of the Americ. med. ass. Chic. 62, p. 25.
45. *de Ccinis*, *M.*, und *Frank*, *E.*, Über die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Münch. med. Wschr. 22, S. 1216.
46. *Cutting*, *J. A.*, und *Mack*, *C. W.* (Agnew, Ca.), Die intraspinale Injektion von salvarsanisiertem Serum bei Paralyse. Journ. of Americ. med. ass. vol. 62, nr. 12.
47. *Damaye*, *H.*, Essai de traitement des psychoses d'origine syphilitique. Arch. internat. de Neurol. vol. 1, no. 3. (S. 198*.)
48. *Damaye*, *H.*, Traitement de la paralysie générale. Le progrès méd. no. 23, p. 270. (S. 196*.)
49. *Damaye*, *H.*, La paralysie générale. L'Écho méd. du Nord, Févr.
50. *Dana*, *Chas.*, A new (familial) form of progressive spinal myopathy. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 11.
51 *Darling*, *Ira A.*, and *Necomb*, *B.* (Warren, P. A.), A comparison of the Wassermann reaction among the acute and the chronic insane. The Journ. of nerv. and mental disease vol. 41, nr. 9.
52. *Davis*, *R.*, The treatment of cerebrospinal syphilis. The urolog. and cutan Rev. vol. 18, p. 18.



53. *Debenedetti, E.*, und *Olivieri, C.* (Turin), Über die Goldreaktion im Liquor cerebrospinalis. Riforma med. no. 33.

54. *Dercum, H.* (Philadelphia), Die klinische Bedeutung der Aphasie. New York med. journ., May.

54a. *Dölges, R.*, Ein geheilter Fall von schwerer Meningitis cerebrospinalis mit einseitiger Erkrankung des inneren Ohres. D. med. Wschr. Nr. 31.

55. *Doinikow (B.)*, Über De- und Regenerationserscheinungen an Achsenzylindern bei der multiplen Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27. H. 2.

55a. *Dreyfus* und *Traugott*, Über eine durch die Schwangerschaft bedingte schwere Hirnerkrankung. Med. Klin. 1914, Nr. 13. (S. 206*.)

56. *Duge, Bruno*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Inaug.-Diss. Bonn.

57. *Duge, B.*, Psychosen bei der multiplen Sklerose. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3—6.

58. *Dunlap, Ch.* (New York), Anatomical borderline between the so called syphilitic and metasyphilitic disorders in the brain and spinal cord. The american journ. of insanity vol. 69, nr. 5.

59. *Dunlap, Ch. B.*, The pathologie of general paresis. The Americ. journ. of insanity vol. 71, nr. 2.

60. *Ehrhardt* (Carlshof), Über Agyrie und Heterotopie am Großhirn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 4 u. 5.

61. *Ehrlich, Paul*, biologische Betrachtungen über das Wesen der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, Nr. 6.

62. *Ehrlich, Paul*, Abhandlungen über Salvarsan. Bd. IV. München, J. F. Lehmann.

63. *Eichelberg, F.*, Diagnostik und Therapie der Hirntumoren. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3—6.

64. *Ernestus, W.*, Progressive Paralyse und Unfall in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Inaug.-Diss. Göttingen.

65. *Eskuchen, Th.*, Die 5. Reaktion (Goldsolreaktion). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 4—5. (S. 205*.)



65a. *Eskuchen*, Bemerkungen zu der Arbeit von *Glaser*: Zur klinischen Brauchbarkeit der *Lange*schen Goldsolreaktion in der Psychiatrie. Neur. Ztlbl. Nr. 16/17.

66. *Eskuchen, Th.*, Die Behandlung der Syphilis des Nervensystems nach *Swift* und *Ellis*. Münch. med. Wschr. Nr. 14.

67. *Feilbach, W.*, Zur Untersuchung der Assoziationen bei Dem. paralyt. Inaug.-Diss. Gießen. cf. Kl. f. Psych. u. Nervenkrkh., herausgegeben v. *Sommer*, Bd. 9, H. 2.

68. *Feiler, M.*, Zur Serologie des Liqu. cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 5.

69. *Fischer, O.*, Kortikale Gruben als Folgen meningealer Zystenbildung bei chronischen Meningitiden, insbes. bei der Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 21, H. 5.

70. *Fischer, E. D.*, Present status of Neosalvarsan in the treatment of parasyphilis of the nervous system. The Journ. of nerv. and ment. disease nr. 1.

71. *Flaschen, St.* (Wien), Ein Beitrag zur Ätiologie der multiplen Sklerose. Ztschr. f. experim. Path. u. Therap. Bd. 16, H. 2.

72. *Fleischer, Bruno*, Zur Pathologie und Therapie der Hypophysentumoren. Klin. Mtschr. f. Augenheilk., Mai.

73. *Flesch, Max*, Die Untersuchung des Liqu. cerebrospin. mit kolloidaler Goldlösung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 26, H. 3.

74. *Fordyce, J. A.*, Über die Behandlung der Syphilis des Nervensystems. Americ. journ. fr. med. ass. Chic. vol. 63, nr. 7.

75. *Forster, E.* und *Tomaszewski, E.*, Untersuchungen über die Spirochäte des Paralytikergehirns. D. med. Wschr. Nr. 14.

76. *Frazier, H.* (Philadelphia), Die Zerebrospinalflüssigkeit und ihre Beziehung zu den Hirntumoren. New York med. journ., June 27.

77. *Fröschels, E.*, Über die Behandlung der Aphasien. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 1.

78. *Fuchs, A.* (Kaufbeuren), Die Beeinflussung der *Wassermann*schen Reaktion durch Paraldehydgaben. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 41.

79. *Fuller, S. C.* (Westborough Mass.), Amyloid degeneration of the brain in two cases of general paresis. The Americ. journ. of insanity vol. 70, nr. 4.



80. *Gans* (Amsterdam), Über einen im Anfang des 18. Jahrhunderts von Dr. *Peter Rommel* klassisch beschriebenen Fall von transkortikaler motorischer Aphasie. Ztschr. f. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, S. 480.

81. *Gastinel, P.*, La ponction lombaire thérapeutique. Progrès méd. no. 24.

82. *Gauer, W.*, Über die Kombination von Muskelatrophie und Paralyse. Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr.

83. *Gaußelmann, Joh.*, Tabes dorsalis und Psychose. Inaug. Diss. Kiel.

84. *Gerstmann, Jos.* (Wien), Beitrag zur Kenntnis der Entwicklungsstörungen in der Hirnrinde bei genuiner Epilepsie, Idiotie, präseniler Paralyse und Dementia praecox. Arb. a. d. Neurol. Instit. in Wien, herausgeg. v. *H. Obersteiner*, Bd. 21, H. 1 u. 2.

85. *Giannuli, F.*, Autimutismo e centri della parola. Riv. speriment. di fren. vol. 60, p. 145—185.

86. *Glaser, A.*, (Charlottenburg), Zur klinischen Brauchbarkeit der *Lange*schen Goldsolreaktion in der Psychiatrie. Neurol. Ztlbl. Nr. 11, S. 688, Nr. 12, S. 748.

87. *Goebel, O.* (Hirschberg i. Schl.), Über Amnesie und Aphasie. D. med. Wschr. Nr. 35, S. 1084. (S. 203*.)

88. *Goldstein, K.* (Königsberg), Einige Bemerkungen zu der Arbeit von *Stertz*: Die klinische Stellung der amnestischen und transkortikalen Aphasie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, S. 504.

89. *Goldstein, K.*, Ein Beitrag zu der Lehre von der Bedeutung der Insel für die Sprache und der linken Hemisphäre für das linksseitige Tasten. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 158. (S. 201*.)

90. *Goldstein, K.*, Beitrag zur Anatomie und funktionellen Bedeutung der Arterien des Gehirns, insbesondere des Balkens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 4, S. 361.

91. *Goldstein, M.* (Halle), Adenokarzinom der Hypophyse und progressive Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 1, S. 211.

92. *Goodall, E.* and *Schölberg, H. A.* (Cardiff), On compliment-fixation, and on the cell- and protein-contact of the liquor cerebrospinalis; a second series of observations. London. Frowde, Hodder & Stanghton.

93. *Gordon, A.* (Philadelphia), Spasmodic closing of cerebral arteries



in relation to apoplexy. Journ. of nerv and ment. disease vol. 41, nr. 8, p. 501.

94. *Graetzer*, *A.*, Lumbalbefunde bei multipler Sklerose. Inaug.-Diss. Breslau.

95. *Grahe*, *K.* (Frankfurt a. M.), Klinische Methoden zur Bestimmung des Eiweiß- und Globulingehalts im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 1, S. 7

96. *Grzywo-Dybrowski* (Lodz), Beitrag zur Frage der Wucherungen des perivaskulären Bindegewebes bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 1, S. 89.

97. *Gurari*, Eine neue Methode der Behandlung der Sypilhis des Zentralnervensystems. Wien. klin. Wschr. 27, 1207.

98. *Haike*, *H.*, und *Lewy*, *F. H.* (Berlin u. München), Klinik eines atypischen Falles von Verschluß der Art. cerebelli post. inf. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 1, S. 26.

99. *Heile*, *B.*, Zur chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus durch Ableitung der Zerebrospinalflüssigkeit nach der Bauchhöhle und der Pleurakuppe. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, S. 501.

100. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Typischer Hirntumor mit positivem Röntgenbefund. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 1.

101. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Diagnose der „frühluetischen Meningitis“ aus dem Liquorbefund. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3—6.

102. *Hardart*, *E.*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Diabetes insipidus bei Syphilis des Zentralnervensystems. Inaug.-Diss. Berlin.

102a. *Heinicke* und *Künzel*, Zur kombinierten Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 55, H. 2. (S. 194*.)

103. *Hellsten*, Ein Fall von Ganglion-Gasseri-Tumor. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 3 u. 4.

104. *Henning*, *G.*, Über seltene Formen der akuten, nicht eitrigen Encephalitis. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 2, S. 337.

105. *Henri-Claude* et *Queroy*, Syndrome particulier de la culotte pedonculaire (troubles cérébelleux et agonie). Rev. neurol. vol. 22, I, p. 840.



106. *Hesse*, *Franz*, Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei Lues cerebrospinalis. Inaug.-Diss. Berlin.

107. *Heveroch*, *A.* (Prag), Amerisia. Ein Beitrag zum Ausbau der Aphasielehre. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 3—4, S. 321. (S. 202*.)

107a. *Heveroch*, *A.* (Prag), Über Wortvorstellungen. 3. Beitrag zur Lehre über Aphasie. Čas. česk. lék. Bd. 670, 1914. (Böhmisch.) (S. 202*.)

108. *Hieronymus*, *W.* (Lauenburg i. P.), Psychiatrische Erfahrungen mit der *Wassermann*schen Reaktion hinsichtlich ihrer Technik, Beurteilung und Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 2, S. 82. (S. 195*.)

109. *Hirsch*, *O.*, Operative Behandlung der Hypophysentumoren. Wien. med. Wschr. Nr. 27.

110. *Hosemann*, *G.* (Rostock), Schädeltrauma und Lumbalpunktion. D. med. Wschr. Bd. 35, S. 1686. (S. 205*.)

111. *Hotz*, *Gerh.* (Freiburg i. B.), Über Kriegsverletzungen des Nervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 2219.

112. *Hunt*, *Ramsey*, The chronic progressive cerebellar tremor. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, p. 14.

113. *Infeld*, *M.*, Paradoxe Hirnembolie als Unfallfolge. Wien. klin. Wschr. B. 27, S. 1407.

115. *Iwaschenzoff*, *G.*, Über die Salvarsantherapie der Syphilis des Nervensystems. Ztschr. f. exp. Path. u. Ther. Bd. 15.

116. *Jakob*, *A.* (Hamburg), Zur Pathologie der diffusen infiltrativen Enzephalomyelitis in ihren Beziehungen zur diffusen und multiplen Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 3 u. 4.

117. *Janowski* (Warschau), Der Blut- und Pulsdruck bei Arteriosklerose u. Nephritis. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 80, H. 5 u. 6.

118. *Jansky*, *P.* (Prag), Über die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Čas. česk. lék. S. 1195.

119. *Joachim*, *A.* (Rehwinkel), Über 10 Fälle geheilter Paralysis progressiva nach Behandlung mit Tuberkulin. Wien. klin. Wschr. Nr. 44.

120. *Jordan*, *Erich*, Zur Chirurgie der Hirntumoren im Bereich des Parietallappens. Inaug.-Diss. Kiel.

121. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Über die Bedeutung der Goldsolreaktion



der Spinalflüssigkeit zur Erkennung der Lues des Zentralnervensystems. Dermat. Wschr. Bd. 58, Ergänzungsheft S. 52.

122. *Kafka*, *V.*, und *Rautenberg*, *H.*, Über neuere Eiweißreaktionen der Spinalflüssigkeit, ihre praktische und theoretische Bedeutung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehung zum Antikörpergehalt des Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 4—5, S. 353. (S. 198*.)

123. *Kaplan*, *D. M.* (New York), Die Wassermann-feste Tabes. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 1 u. 2.

124. *Kaplan*, *D. M.* (New York), Die charakteristische Ausflockung kolloidalen Goldes durch den Liquor bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 3, S. 246. (S. 194*.)

125. *Kato* (Scudai, Japan), Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis von teratoiden Geschwülsten im Kleinhirnbrückenwinkel. Jahrbuch f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 1, S. 43.

126. *Kawczynski*, *Edw.*, Die historische Entwicklung der Paralysefrage. Inaug.-Diss. Rostock.

127. *Kindt*, *Ernst*, Beitrag zur Lehre von der akuten Bulbärparalyse. Inaug.-Diss. Kiel.

128. *Hirschweg*, *P.* (Frankfurt a. M.), Hirngewicht der Geisteskranken. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 3, S. 1095.

130. *Klein*, *Wilhelm*, Zur Symptomatologie der Kleinhirntumoren. Inaug.-Diss. Kiel.

131. *Kleist*, *K.* (Erlangen), Aphasie und Geisteskrankheit. Münch. med. Wschr. Nr. 1, S. 8. (S. 203*.)

132. *Klien*, *H. R.* (Leipzig), Beiträge zur zytologischen Untersuchung der Spinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 21, H. 3, S. 242.

133. *Kors*, *Th.* (Lübeck), Über einen weiteren Todesfall an akuter Enzephalitis nach Salvarsan-Injektion. Münch. med. Wschr. Nr. 7, S. 368.

134. *Kramer*, *Franz* (Berlin), Schußverletzung des Stirnhirns. (Berl. Ges. f. Psych. u. Neurol., Dez. 14. Autoreferat.) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., R. u. E., Bd. 11, H. 4, S. 286.

135. *Krause*, *F.*, Die allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten. T. 1, Bd. 11 der Neuen Deutschen Chirurgie, herausgeg. v. *Bruns*. Stuttgart, Enke. 580 S. 24 M.



136. *Krause*, *F.*, Die allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten. T. II, Bd. 12 der Neuen Deutschen Chirurgie, herausgeg. v. *Bruns*. Stuttgart, Enke. 492 S. 27 M. (S. 206*.)

137. *Kutzinski*, *A.* (Berlin), Stauungspapille bei zerebralen Gefäßerkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 3, S. 196.

138. *Kutzinski*, *A.*, und *Marx* (Berlin), Hirnabszeß als Folge peripherer Körpereiterung nach einem Unfall. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 4, S. 255.

139. *Lahmeyer*, *Fr.*, Ein Fall von Geschwulstbildung im Gehirn und in den weichen Häuten des gesamten Zentralnervensystems. Inaug.-Diss. Marburg.

140. *Laignel-Lavastine*, Les démences des syphilitiques. Rev. de psych. no. 1, p. 1.

141. *Lang*, *J.* (Prag), Welche Störungen können beim Schwindel infolge Sclerosis cerebrospinalis multiplex vorhanden sein? Čas. česk. lék. vol. 53, p. 1995.

142. *Laurent*, *M. O.*, Affektionen des Nervensystems, die im Kriege durch Geschosse aus der Entfernung verursacht worden sind. Compt. rend. de l'Acad. des Sciences vol. 17, p. 1211.

143. *Lauschner*, *E.* (Treptow), Die Frage der leichten Lues und der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 1 u. 2, S. 159. (S. 192*.)

144. *Lasarew*, *W.*, Über eine Störung der Innervation des N. facialis bei Geschwülsten der hinteren Schädelgrube. Neurol. Ztlbl. Nr. 1, S. 13.

145. *Leroy* und *Beaudouin*, État circulaire chez un paralytique générale. Bull. de la Soc. clin. de méd., ment. no. 2. p. 49.

146. *Leschke*, *E.* (Berlin), Über den Erreger der *Landry*schen Paralyse. Berl. klin. Wschr. Nr. 17, S. 783.

147. *Levaditi*, *C.*, *Marie*, *A.*, et *de Martel*, Sur la technique du traitement intercrânien de la paralysie générale. Compt. rend. de la Soc. de Biol. vol. 75, p. 168.

148. *Lewandowsky*, *M.*, Die Kriegsverletzungen des Nervensystems. Berl. klin. Wschr. Nr. 51, S. 1929.

149. *Liepmann*, *H.* (Berlin), und *Pappenheim*, *W.* (Wien), Über einen Fall von sogenannter Leitungsaphasie mit anatomischen

Befund. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 1, S. 1.

150. *Löwenstein, Kurt* (Berlin), Zur Kleinhirn- und Vestibularprüfung nach *Barany*. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 5, S. 534.

151. *Loewy, Erna*, Beitrag zur pathologischen Histologie der unter dem Bilde der *Landry*schen Paralyse verlaufenden Fälle von Poliomyelitis acuta anterior. Inaug.-Diss. München.

152. *Loewy, Erna* (Berlin), Ein Fall von fraglicher Kombination der multiplen Sklerose mit Poliomyelitis. Berl. klin. Wschr. Nr. 52. (S. 206*.)

153. *Lomer, G.* (Steglitz), Initiale Schriftveränderung bei Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 195.

154. *van Landen, D. M.*, Un cas de porencéphalie. Psych. en Neur. Bladen vol. 18, p. 329.

155. *Lürich, Heinr.*, Die progressive Paralyse in der Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück (1868—1913). Inaug.-Diss. Marburg.

156. *Luger, Alfred*, Zur Kenntnis der im Röntgenbild sichtbaren Hirntumoren, mit besonderer Berücksichtigung der Hypophysenganggeschwülste. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21, H. 6.

157. *Maaß, Siegfried* (Leipzig), Beeinflussen Narkotika der Fettreihe die *Wassermann*sche Reaktion? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 5, S. 527. (S. 195.*)

158. *Mac Phail, H. D.* (Gosforth, Engl.), The albumen in the cerebrospinal fluid in cases of mental disease. The Journ. of ment. science vol. 60, nr. 248, p. 73.

159. *v. Malaisé, Egon* (München), Hirntumorendiagnosen. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1562.

160. *Mann, M.* (Dresden), Ein neues Symptom bei Kleinhirnabszeß. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 877.

161. *Marcus, Henry* (Stockholm), Spirochaeta pallida in den Plasmazellen bei der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 3, S. 245. (S. 195.*)

162. *Margulis, M. S.* (Moskau), Zur Frage der pathologisch-anatomischen Veränderungen im Gehirn bei bösartiger Malaria. Neurol. Ztlbl. Nr. 16—17, S. 1019.



162a. *Markus*, *Otto*, Über klinische Diagnose und path.-anat. Befunde bei Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 52, H. 3. (S. 196*.)

163. *Marie*, *A.* (Villejuif), Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitique. Arch. internat. de neurol. 36e ann., vol. 1, p. 70. (S. 195*.)

164. *Marie*, *A.* (Villejuif), Hypothermie chez un paralytique général. Bull. de la Soc. de méd. ment. vol. 7, p. 126.

165. *Marie* et *Foix*, *Ch.*, Sclérose intra-cérébrale centrolobaire et symétrique. Revue de neurol. vol. 22, (I.), p. 1.

166. *Marie*, *A.*, (de Villejuif), und *Levaditi*, *C.*, Das Treponema der allgemeinen Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 834.

167. *Marie*, *A.*, et *Levaditi*, *C.*, Essai de traitement de la paralysie générale par l'application de l'arsène-benzol dans le canal rachidien. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 1, p. 5.

168. *Marie*, *A.* und *Levaditi*, *C.*, Das Treponema der allgemeinen Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71.

169. *Marie*, *A.*, *Levaditi* et *Martel*, Ponctions cérébrales et instillations spirillicides intrameningées dans la paralysie générale. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 2, p. 39.

170. *Marinesco*, *G.* (Bukarest), Nature et traitement de la paralysie générale. Neurol. Ztlbl. Nr. 29, S. 1234.

171. *Marinesco*, *G.*, Die Beziehungen zwischen der Spirochaeta pallida und der Hirnläsion bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 119, S. 282.

172. *Marinesco*, *G.* (Bukarest), De l'emploie des injections de sérum salvarsanisé „in vivo“ et „in vitro“ sous l'arachnoide spinale et cérébrale dans le tabès et la paralysie générale. Compt. rend. de la Soc. de Biologie vol. 76, p. 211.

173. *Marinesco*, *G.*, et *Minea*, *I.*, Emploi des injections de sérum salvarsanisé „in vivo“ et „in vitro“ dans l'arachnoide spinale et cérébrale dans le tabès et la paralysie générale. Bull. de l'académie de méd. vol. 71, no. 7, p. 259; Revue neurologique no. 5.

174. *Marinesco*, *G.*, et *Minea*, *I.* (Bukarest), Nouvelles recherches

sur la culture „in vitro“ des ganglions spinaux de mammifères. Anat. Anz. Bd. 46, Nr. 20, 21, S. 529. (S. 193*.)

175. *Marinesco*, *G.*, et *Minea*, *I.* (Bukarest), Infectuosité du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale juvénile. Compt. rend. des séances de l'Académie des Sciences t. 159, p. 287. Sitzung vom 20. Juli 1914. (S. 193*.)

176. *Marks*, *Henry*, *K.*, On the cerebellar syndrome of Babinski with report of a case. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, no. 11, p. 709.

176a. *Markus*, *Otto* (Frankfurt a. M.), Ein Fall von diffuser Sarkomatose der Pia mater. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 51, H. 1. (S. 201*.)

177. *de Massary*, *E.*, et *Chatelin*, *Ph.*, Mort d'un paralytique général, traité, en pleine poussée de meningo-encéphalite, par une seule injection intra-veineuse de 30 centigr. de néo-salvarsan. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris, 30e ann., no. 7, p. 307.

178. *Massarotti*, *V.* (Rom), Intravenöse Neosalvarsanbehandlung bei Paralyse. Il Policlinico no. 20.

179. *Mattauscheck*, *E.* (Wien), Infektiösität des Liquor cerebrospinalis bei Paralytikern. Med. Klin. Nr. 6, S. 268a.

180. *Mattauscheck*, *E.*, Spirochätenüberimpfung bei metaluetischen Erkrankungen. Med. Klin. Nr. 10, S. 871.

181. *Mattauscheck*, *E.* (Wien), Beitrag zur Klinik und Pathol. der Gehirngeschwülste. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 177. (S. 201*.)

182. *Matzkewitsch*, *I.*, Über die *Lange*sche Reaktion mit kolloidalem Gold in der Zerebrospinalflüssigkeit. Moderne Psychiatrie H. 8, S. 48. (Russisch.)

183. *Meyer*, *Adolf*, Differential diagnosis of general paresis. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 1, p. 51.

184. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Die Stellung der progressiven Paralyse (und Tabes) zur Syphilis und die Frage ihrer Behandlung. Berl. klin. Wschr. Nr. 21, S. 965. (S. 195*.)

185. *Meyer*, *Waldemar*, Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Enzephalomalazie und Tumor cerebri. Inaug.-Diss. Kiel.

186. *Michael*, *Max*, Kritische Zusammenstellung der Ergebnisse der



*Neißer*schen Hirnpunktion für die Diagnose und die Behandlung der Hirnkrankheiten. (Preisgekrönt von der med. Fakultät der Univ. Berlin.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 11, H. 1, S. 1.

187. *Mills*, *Ch. K.* (Philadelphia). Die verschiedenen Theorien über Aphasie. New York med. journ. Mai.

188. *Mingazzini*, *G.* (Rom), Weitere Untersuchungen über die motorische Sprachbahn. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 2, S. 537.

189. *Mitschell*, *H. W.*, *Darling*, *Ira*, and *Newcomb* (Warren, Penns.), Observations upon spinal flind cell counts in untreated cases of cerebro-spinal syphilis. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 11, p. 686.

190. *Misch*, *W.* (Berlin), Zur Ätiologie und Symptomatologie des Hydrocephalus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 5, S. 439.

191. *v. Monakow*, *C.* (Zürich), Die Lokalisation im Großhirn und der Abbau der Funktionen durch kortikale Herde. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1033 S. 48 M.

192. *Monrad-Krohn* (London), Behandlung der Syphilis des Nervensystems. Norsk Mag. f. Laegevid no. 5.

193. *de Moraes*, *V.*, La tension, les protéines et la lymphocytose du liquide céphalorachidien. L'Encéphale no. 3.

194. *Morse*, *Mary*, *El.* (Worcester, Mass.), Correlations of cerebrospinal fluid examinations with psychiatric diagnoses. A study of 140 cases. Boston med. and surg. journ. vol. 170, p. 373.

195. *Müller*, Nachweis von Spirochäten im Paralytikergehirn. Wien. klin. Wschr. Nr. 27, S. 542.

196. *Müller-Schürch* (Davos), Beobachtungen über die Sensibilität und die Reflexe bei Paralyse. Prager med. Wschr. Nr. 52.

197. *Myerson*, *A.* (Taunton, Mass.), Results of the Swift-Ellis intradural method of treatment in general paresis Boston med. and surg. journ. vol. 170, nr. 19, p. 709.

198. *Myerson*, *A.* (Taunton, Mass.), The albumen content of the spinal fluid in its relation to disease syndromes. Journ. of nerv. and ment. disease nr. 3, p. 154.

199. *Myslivececk*, Z. (Prag), Juvenile progressive Paralysie. Čas. česk. lék. vol. 53, p. 1471. (Böhmisch.)

200. *Neue*, *H.* (Greifswald), Biologische Reaktionen bei syphilogenen



Erkrankungen des Zentralnervensystems. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 50, H. 5 u. 6.

201. *Neumann*, *Ludw.* (Budapest), Untersuchungen über Stoffwechsel bei progressiver Paralyse. V. Die Oxyproteinsäureausscheidung bei Paralyse und andern Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 1, S. 75.

202. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Der heutige Stand der Lues-Paralysefrage. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 119, S. 215. (S. 196*.)

203. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Über die Bedeutung der Liquoruntersuchung für die Prognose von isolierten syphilidogenen Pupillenstörungen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3—6.

204. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Klinische und anatomische Mitteilung über einen ausschließlich auf Grund der Liquorreaktion diagnostizierten Frühfall von Paralyse. Neurol. Ztlbl. Nr. 18, 5, S. 1074. (S. 194*.)

205. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Kriegsverletzungen. Ärztl. Verein Hamburg, 17. Nov. u. 2. Dez. 1914. Eigenbericht. Neurol. Ztlbl. Nr. 1 (1915).

206. *Nonne*, *M.* und *Wohlwill*, *Fr.* (Hamburg), Über einen klinisch und anatomisch untersuchten Fall von isolierter reflektorischer Pupillenstarre bei Fehlen von Paralyse, Tabes und Syphilis cerebrospinalis. Neurol. Ztlbl. Nr. 10, S. 611.

207. *Nouet*, *H.*, Syndrôme confusionel au cours de l'artériosclérose cérébrale. L'Encéphale 1913, no. 12.

208. *Oldenburg*, *Amandus*, Über nichtspezifische Hemmungen bei der *Wassermann*schen Reaktion. Inaug.-Diss. Rostock.

209. *Olivecrona*, *H.*, Ein Fall von Geschwulstbildung in den weichen Häuten des Zentralnervensystems. Virch. Arch. Bd. 217, S. 161.

210. *Oppenheim*, *H.* (Berlin), Über Vortäuschung von Tabes und Paralyse durch Hypophysistumor (Pseudotabes pituaria usw.). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 4—5, S. 527. (S. 201*.)

210a. *Nießl v. Mayendorf* (Leipzig), Das Geheimnis der menschlichen Sprache. Wiesbaden, Verl. Bergmann, 1914. (S. 203*.)

211. *Oppenheim*, *H.* (Berlin), Zur Kenntnis progressiver, stationärer und regressiver Formen der *Brown-Séquard*schen Lähmung.



Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 27, H. 3 u. 4, S. 369.

212. *Oppenheim, H.* (Berlin), Zur Pseudosklerose. Neurol. Ztlbl. Nr. 22, S. 1202. (Durch *Marinesco.*) (S. 204*.)

213. *Oppenheim, H.* (Berlin), Der Formenreichtum der multiplen Sklerose. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 3—4.

214. *Orton, S. T.* (Worcester, Mass.), A study of the satellite cells in fifty selected cases of mental disease. Brain vol. 36, p. 525.

215. *Orton, Sam. T.* (Worcester, Mass.), The distribution of the lesions of general paralysis. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 4, p. 829.

216. *Otzen, Hugo*, Über psychische Störungen im Verlauf der Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel.

217. *Pappenheim* und *Volk* (Wien), Die „vier Reaktionen" bei behandelten Paralytikern. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 119, S. 284.

218. *Pappenheim, M.*, und *Volk, R.* (Wien), Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis bei der *v. Wagner*schen Tuberkulinbehandlung der progressiven Paralyse. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 356.

219. *Pascal, Constanza* (Clermont), Forme paranoide de la paralysie générale. L'Encéphale no. 6.

220. *Pański* (Lodz), Über einige ungewöhnliche Erscheinungen bei Hemiplegie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 1 u. 2.

221. *Petrow*, Les traumatismes dans la pathogénie de la paralysie générale. Travaux de la clin. psych. de l'Univ. impér. de Moscou. 1914.

222. *Petsch, Ernst*, Über juvenile Paralyse. Inaug.-Diss. Greifswald.

223. *Pick, A.* (Prag), Zur Erklärung gewisser Denkstörungen senil Dementer (Der Einfluß des Sprechens auf das Denken). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 4—5, S. 528.

224. *Pick, A.* (Prag), Zur Lokalisation der Wortfindung bzw. der amnestischen Aphasie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 3, S. 284.

225. *Pighini, Giacomo*, Ricerche sulla costituzione del cervello nella paralisi progressiva. Riv. speriment di fren. vol.40, p. 430-458.



226. *Pighini*, *G.*, und *Barbieri*, *P.*, Chemische und histochemische Untersuchungen über die lipoiden Abbaustoffe des Gehirns bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 4—5, S. 353. (S. 197*.)

227. *Pilcz*, *A.* (Wien), Le traitement moderne de la paralysie générale progressive selon la méthode de *v. Wagner*. Presse médicale no. 10.

228. *Pilcz*, *A.* (Wien), Die jüngsten Fortschritte auf dem Gebiet der Lehre von der progressiven Paralyse. Med. Klin. Nr. 19, S. 800. (S. 192*.)

229. *Pilcz*, *Alexander* (Wien), Zur Frage der progressiven Paralyse bei den Prostituierten, nebst Bemerkungen zur allgemeinen Psychopathologie derselben. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 65.

230. *Pussep*, *L.*, Über Pseudotumoren des Großhirns. Rundsch. f. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. Bd. 18, S. 685. (Russisch.)

231. *Quensel*, *F.* (Schkeuditz), Posthemiplegische Pseudomyotonie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 1—2, S. 80. (S. 199*.)

232. *Quensel*, *F.* (Schkeuditz), Gehirnsyphilis nach Gehirnerschütterung. Tod durch progressive Paralyse nach 15 Jahren als Unfallfolge. Mtschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen, Jahrg. 21, Nr. 8. (S. 196*.)

232a. *Quincke*, *H.* (Frankfurt a. M.), Über die therapeutischen Leistungen der Lumbalpunktion. Therap. Mtschr. Bd. 28, S. 469. (S. 206*.)

233. *Ranke*, *Otto*, Zur Histologie und Histopathologie der Gefäßwand, speziell des Zentralnervensystems (auf Grund neuerer Kenntnisse und Anschauungen über das Mesenchymalnetz und seine Differenzierungsprodukte). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 3—4. (S. 204*.)

234. *Raven*, *W.*, Serologische und klinische Untersuchungen bei Syphilitikerfamilien. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3—6.

235. *Reckzeh*, *P.* (Berlin), Die Frühsymptome und die versicherungsmedizinische Bedeutung der Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 1305. (S. 197*.)

236. *Reichenow*, *E.* (Kamerun), Die Grundlagen für eine Therapie der Schlafkrankheit. D. med. Wschr. Jahrg. 40, Nr. 49, S. 2035.



237. *Reichmann*, *V.* (Jena), Über zwei unter dem Bilde einer Hirngeschwulst verlaufende tuberkulöse Hirnhautentzündungen, nebst Bemerkungen zur Frage über die Entstehung und Ausbreitung der Meningitis tuberculosa. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 1 u. 2.

238. *Rein*, *O.* (Landsberg a. W.), Cysticercus racemosus fossae Sylvii. D. med. Wschr. Nr. 7, S. 329.

239. *Rhein*, *John H. W.* (Philadelphia), Psychoses following apoplexies. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 4, p. 873.

240. *Rhein*, *John H. W.* (Philadelphia), Aneurisms of the vessels of the brain. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 6, p. 360.

241. *Rhein*, *John H. W.* (Philadelphia), Contusion of the brain. The Jounr. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 10, p. 653.

242. *Richartz*, *Harry*, Skapulatransplantation zur Deckung von Schädeldefekten. Inaug.-Diss. Leipzig.

243. *Rinderspacher*, *K.* (Dortmund), Die Behandlung der Lumbalpunktion für die Begutachtung von Kopfverletzungen. Fortschr. d. Med. Nr. 15. (S. 205*.)

244. *Robertson*, *G. M.* (Edinburgh), The serum and cerebrospinal fluid reactions and signs of general paralysis. The Journal of mental science vol. 60, nr. 248, p. 1.

245. *Robinson*, *W.* (Wakefield Asylum), Some doubtful cases of so-called general paralysis of the insane. (Clinical notes and cases.) The Journ. of mental science vol. 60, nr. 249, p. 291.

246. *Rohde*, *M.* (Jena), Zur Frage der Gedächtnisausfälle bei Paralytikern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 1, S. 96. (S. 194*.)

247. *Rohde*, *Max* (Mülhausen, Els.), Beitrag zur Bewertung der Wa.-R. D. med. Wschr. Nr. 35, S. 1683.

248. *Rohde*, *Max* (Mülhausen, Els.), Zur Kasuistik der hereditären Hirnsyphilis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 6, S. 407.

249. *Romeik*, *Karl*, Traumatische, motorische Aphasie. Inaug.-Diss. Leipzig.

250. *Rosanoff*, *A. J.*, A study of brain athrophy in relation to insanity. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 1, p. 101.

251. *Rosenthal*, *St.* (Heidelberg), Ein Fall von organischer Verblödung



mit eigenartigen Spannungszuständen der Muskulatur. Demonstration. Heidelberg. Autoreferat. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 10, H. 3, S. 318.

252. *Rossi*, *V.* (Sassari), Beitrag zur Kenntnis der Symptomatologie der Balkenerweichung. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 5 u. 6, S. 330.

253. *Rothmann*, *Max.* (Berlin), Über die Ausfallserscheinungen nach Affektionen des Zentralnervensystems und ihre Rückbildung. D. med. Wschr. Nr. 29, S. 1461.

254. *Rothmann*, *Max.* (Berlin), Über die Grenzen der Extremitätenregion der Großhirnrinde. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 5, S. 319.

255. *Rothmann*, *M.* (Berlin), Die Symptome der Kleinhirnkrankheiten und ihre Bedeutung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 1, S. 43. (S. 200*.)

256. *Rothmann*, *M.* (Berlin), Demonstration zur Symptomatologie der Stirnhirnschüsse. Eigenbericht. Neurol. Ztlbl. Nr. 24, S. 1295.

257. *Roubinowitsch* et *Barbé*, Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie interne. L'Encéphale no. 1, p. 1.

258. *Rumpf*, *Th.* (Bonn), Über Arteriosklerose und Unfall. D. med. Wschr. Nr. 21. (S. 200*.)

259. *Runge*, *W.* (Kiel), Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. D. med. Wschr. Nr. 20, S. 998. (S. 193*.)

260. *Russkich*, *W. U.* (Moskau), Ein Fall von Gehirnerweichung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 6, S. 556.

261. *Rutkewitsch*, *K.* (Kiew), Zur vergleichenden Bewertung der Medikamente bei Hypertension der Arteriosklerotiker. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 79, H. 3 u. 4.

262. *Sala*, *G.*, A proposito delle placche di *Redlich-Fischer* e della sclerosi fibrosa dei vasi nella demenza presenile. Bollet. della Soc. med.-chirurg. di Pavia f. 1, p. 41.

263. *Salmon*, *Thom. W.*, General paralysis as a public health problem. The American journ. of insanity vol. 71, nr. 1, p. 41.

264. *Salomon*, *E.* (Berlin), Motorische Aphasie mit Agrammatismus und sensorisch-agrammatischen Störungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 2, S. 181.



265. *v. Sarbo, A.* (Budapest), Ein diagnostizierter und operativ (Trepanation und Balkenstich) geheilter Fall von Hydrocephalus acquisitus internus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 4, S. 426.

266. *Sauer, Willibald*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Kleinhirnbahnen beim Menschen. Inaug.-Diss. München.

267. *Schacherl, Max* (Wien), Über Luetikerfamilien. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 521.

268. *Scharnke* (Straßburg i. E.), Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der juvenilen Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 303.

269. *Schleich, Rudolf*, Klinischer Beitrag zur Psychose bei Trypanosomiasis. Inaug.-Diss. Tübingen.

270. *Schlemm, Martin*, Beitrag zur Lehre von der traumatischen Tabes. Inaug.-Diss. Kiel.

271. *Schlesinger, H.* (Wien), Hysterischer Mutismus bei organischer Hemiplegie. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, Jahrg. 13, Nr. 8, S. 193. (S. 199*.)

272. *Schmitt, A.* (Würzburg), Die Salvarsantodesfälle und ihre Ursachen, mit Berücksichtigung des Salvarsanschäden. Münch. med. Wschr. Nr. 24 u. 25.

273. *Schnabel, Julius*, Die Gehirnwindungen und Furchen des völlig balkenlosen Gehirns. Inaug.-Diss. Rostock.

274. *Schönfeld, A.* (Brünn), Über Vorkommen und Bedeutung der drusigen Bildungen (Sphärotrichie) in der Hirnrinde. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 5, S. 342. (S. 206*.)

275. *Schönfeld, A.*, Todesursache und Sektionsbefunde bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung des Hirngewichts. Prager med. Wschr. XXXIX, Nr. 14 u. 15, 1914. (S. 205*.)

276. *Schönfeld, Alfred*, Ein Fall von Pseudobulbärparalyse infolge von Lues cerebri. Inaug.-Diss. Kiel.

277. *Schönholzer*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Hypophysistumoren. Wiener klin. Rundschau Nr. 9.

278. *Schroeder, Kurt* (Uchtspringe), Eine neue Markscheidenschnellfärbemethode. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 822.

279. *Schröder, P.* (Greifswald), Großhirnveränderungen bei perniziöser

Anämie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 6, S. 543. (S. 205*.)

280. *Schröder*, *P.* (Greifswald), Die vordere Zentralwindung bei Läsionen der Pyramidenbahn und bei amyothrophischer Lateralsklerose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1, S. 1. (S. 204*.)

281. *Schrottenbach*, *H.*, und *de Crinis*, *M.* (Graz), Zur Behandlung luetischer Erkrankungen des Zentralnervensystems nach der Methode von *Swift* und *Ellis*. I. Mitt.: Sechs Fälle von Paralysis progressiva. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 25, H. 4—5, S. 392.

282. *Schuster*, *Herm. Otto*, Über Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter. Inaug.-Diss. Kiel.

283. *Schwarz*, *Ed.*, Die heutige Stellung zur Parasyphilis und die Beeinflussung der spezifischen Erkrankungen des Nervensystems durch Salvarsan. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 3 u. 4.

284. *Sepp*, *Eugen* (Moskau), Ein Fall von *Quincke*scher Krankheit mit Ophthalmoplegie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 25, H. 4—5, S. 512.

285. *Sergi*, *Sergio* (Rom), Über die Morphologie und Symmetrie des Lobus frontalis beim Menschen. Ztschr. f. Morphol. u. Anthropologie Bd. 17, H. 1, S. 117.

286. *Shukowsky*, *M.*, Über psychische Veränderungen bei Dystrophia muscularis progressiva (Myopsychie *Joffroy*). Eine objektiv-psychologische Untersuchung. Rundsch. f. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. Bd. 18, S. 449. (Russisch.)

287. *Siebert*, *H.* (Libau), Über progressive Paralyse. St. Petersburger med. Ztschr. Nr. 2.

288. *Siemerling*, *P.*, und *Raecke*, *J.* (Kiel), Beitrag zur Klinik und Pathologie der multiplen Sklerose, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 2, S. 385.

288a. *Sigg*, *E.*, Versuch einer retrospektiven Diagnostik der senilen Psychosen nach dem Drusenbefunde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 24, H. 4. (S. 200*.)

289. *Simchowicz*, *T.*, La maladie d'*Alzheimer* et son rapport avec la démence sénile. L'Encéphale no. 3, p. 218.

290. *Simmonds*, *M.*, Über embolische Prozesse in der Hypophysis. Virch. Arch. Bd. 217, S. 226.

291. *Singer*, *Kurt* (Berlin), Vestibular- und Kleinhirnerkrankungen. Med. Klin. Nr. 19, S. 819.

292. *Singer*, *Kurt* (Berlin), Syphilis, Neurologie und Psychiatrie. Med. Klin. Nr. 13, S. 558.

293. *Sittig*, *O.* (Prag), Ein Fall von tuberkulöser Meningitis mit bitemporal-hemianoptischer Pupillenstarre. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 2, S. 180. (S. 206*.)

294. *Sittig*, *Otto* (Prag), Klinische Beiträge zur Lehre von der Lokalisation der sensiblen Rindenzentren. Prager med. Wschr. Nr. 45. (S. 204*.)

295. *Sittig*, *Otto* (Prag), Kombination von multipler Sklerose und Syringomyelie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 27, H. 2, S. 109.

296. *Skoog*, *A. L.* (Kansas City), Myatonia congenita. (Übers. von *M. Trümpert.*) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 27, H. 3 u. 4, S. 357.

297. *Southard*, *E. E.* (Boston), The association of various hyperkinetic symptoms with partial lesions of the optic thalamus. The Journ. of nerv. and mental disease vol. 41, nr. 10, p. 617.

298. *Spät*, *W.* (Kladno), Zur Frage der Herkunft des luetischen Reaktionskörpers in der Zerebrospinalflüssigkeit. Wiener klin. Wschr. Nr. 26.

299. *Spiecker*, *Arthur*, Beiträge zum Studium der hereditären Lues des Nervensystems (*Friedreichs* Symptomenkomplex). Inaug.-Diss. Gießen.

300. *Stephenson*, *J. W.*, Die intensive Behandlung der Syphilis des Nervensystems durch Neosalvarsan und Quecksilberinunktion. Med. Record. M. J. vol. 85, nr. 18.

301. *Sterling W.* (Warschau), Die trophischen, vegetativen Erkrankungen, Mißbildungen und Entwicklungshemmungen des Knochensystems. II. Die Knochenveränderungen bei den Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.-Bd. 10, H. 4, S. 337 u. H. 5, S. 434.

302. *Stern*, *Felix* (Kiel), Die psychischen Störungen bei Hirntumoren



und ihre Beziehungen zu den durch Tumorwirkung bedingten diffusen Hirnveränderungen. Habilitationsschrift u. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 2, S. 565. u H. 3, S. 663.

303. *Stern*, *Margar.* (Breslau), Zur Theorie und Praxis der *Wassermann*schen Reaktion. Ztschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. Bd. 22, H. 2.

304. *Stertz*, *G.* (Breslau), Über die Leitungsaphasie. Beitrag zur Auffassung aphasischer Störungen. Mtschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 35, H. 4, S. 318.

305. *Stewart*, *Purves*, The diagnosis and treatment of cerebrospinal syphilis. British med. journ. nr. 2783.

306. *Stielaff*, *Art.*, Zur Differentialdiagnose zwischen Erweichungsherd und Gehirntumor. Zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Zittern bei Hirntumor. Inaug.-Diss. Kiel.

307. *Stöcker*, *W.* (Breslau), Anatomischer Befund bei einem Fall von *Wilson*scher Krankheit (progressive Lentikulardegeneration). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 25, H. 3, S. 217.

308. *Stöcker*, *W.* (Breslau), Über eigenartige Unterschiede im Pupillenbefund bei progressiver Paralyse der Erwachsenen und der juvenilen Form. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 26, H. 5, S. 564.

309. *Strubell*, *Alex.* (Dresden), Die Röntgendiagnose der Hirntumoren der Hypophysisgegend. Fortschr. d. Röntgenstrahlen Bd. 22, H. 4.

310. *Stuchlik-Sirotow*, *S.*, Zur Frage über die sekundäre Degeneration der Pyramidenbahnen bei Porenzephalie. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 3, S. 1056.

311. *Szécsi*, *St.*, Weiterer Beitrag zur Zytologie des Liquor cerebrospinalis: Die zytologische Untersuchung der Lumbalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 22, H. 3, S. 345.

312. *Taft*, *A. E.*, und *Morse*, *M. E.*, Hemiatrophy of the cerebellum in a case ot late catatonia. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 9, p. 353.

313. *Taussig*, *L.* (Prag), Über physiko-chemische Eigenschaften des Liquor cerebrospinalis. Lékarskó Roghledy. Abt. f. Immun. III, 1911, S. 143. (Böhmisch). (S. 198*.)



314. *Taussig*, *L.* (Prag), Atypische Psychosen. Revue de neuropsychopath. vol. 11, p. 169.

315. *Tiffany*, *W. J.* (Binghampton, N. Y.), The occurence of miliary plaques in senile brains. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 3, p. 695.

316. *Tooth*, *Howard H.*, On the indications for surgical treatment in intercranial tumor. Practionner vol. 92, p. 487.

317. *Toulouse*, *E.*, et *Marchand*, *L.*, Lésions cérébrales dans un cas de délire aiguë. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale vol. 7, p. 165.

318. *Travagliano*, *P. H. M.*, Über das motorische Sprechen, samt einem Falle von motorischer Aphasie ohne Läsion der Hirnrinde. Psych. en neurol. Bladen vol. 8, p. 368.

319. *Völsch*, *M.*, Zur Diagnose und Therapie der Geschwülste des Scheitellappens. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 1 u. 2.

320. *Vavrouch*, *J.* (Prag), Über Stirnrunzelung bei Tabes. Čas. českých lék. 53, 36, 1914. (Böhmisch.) (S. 194*.)

321. *Walter*, *R.* (Leipzig), Hirnsyphilis und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 26, H. 3, S. 251. (S. 198*.)

322. *Wechselmann*, *W.* (Berlin), Über einen als Paralyse gedeuteten, durch Salvarsan geheilten Krankheitsfall. Berlin. klin. Wschr. Nr. 18, S. 834.

323. *Wechselmann*, *W.*, und *Elly Dinkelacker* (Berlin), Über die Beziehungen der allgemeinen nervösen Symptome im Frühstadium der Syphilis zu den Befunden des Lumbalpunktats. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 1382.

324. *Weil*, *E.* (Prag), Über die Bedeutung der „meningealen Permeabilität" für die Entstehung der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 24, H. 5, S. 500.

325. *Wendel*, *W.* (Magdeburg), Zur Chirurgie der Hirntumoren im Bereiche des Parietallappens. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 855.

326. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Begutachtung der Paralyse und Syphilis des Zentralnervensystems. Vjschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. Supplement H. 1.

326a. *Weygandt*, *W.*, und *Jakob*, *A.* (Hamburg), Warum werden Syphi-

litiker nervenkrank? Dermat. Wschr. Bd. 58, Ergänzungsheft. Leipzig-Hamburg, L. Voß. (S. 197*.)

327. *Weygandt*, *W.*, *Jakob*, *A.*, und *Kafka* (Hamburg), Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninjektionen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1608.
328. *Wieckowski*, *S.*, Über die *Weil-Kafka*sche Hämolysinreaktion im Liquor cerebrospinalis. Neurologia polska H. 3, S. 616.
329. *v. Wieg-Wickenthal* (Wien), Zur Klinik und Differentialdiagnose der Hirntumoren. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 95.
330. *Williams*, *Tom A.* (Washington), Syphilitic multiple sclerosis diagnosed clinically in spite of negative laboratory tests. Boston med. and surg. journ. vol. 172, p. 526.
331. *Winkelmann*, *Adolf*, Progressive Paralyse und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel.
332. *Winkler*, *C.*, Über einen Fall von Verlegung der Art. cerebelli post. inf. Verlag d. Kon. Acad. v. Wet. vol. 23, p. 843.

332a. *Wohlwill* (Hamburg), Aphasie infolge von Kopfschüssen. (S. 202*.)

333. *Wolfer*, *Leo* (Görz), Der fehlende Ausgleich der Schädelmasse bei anatomisch bedingtenFunktionsstörungen des Gehirns. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 4, S. 47.
334. *Woltär*, *Osk.* (Außig), Gutartige Affekte im Kleinhirnbrückenwinkel. Prag. med. Wschr. Nr. 26.
335. *Zimkin*, *I.* (Riga), Versuche zum objektiven Nachweis der Intelligenzbesserung bei Paralytikern nach Salvarsanbehandlung. Neurol. Ztlbl. Nr. 14, S. 885. (S. 196*.)

1. Progressive Paralyse.

Aller (3) berichtet ausführlich über die von ihm unternommenen Versuche einer Behandlung der progressiven Paralyse. Das Wesentliche an seinen Eingriffen ist, daß er auf möglichst vielen Wegen die wichtigen Antiluetika dem Patienten einverleibt. Auch verlangt der Verf. Geduld und Ausdauer. Verf. hält es für ausschlaggebend, daß Kombinationen verschiedener Mittel angewandt werden, und erklärt das Salvarsan allein außerstande, die in Angriff genommene Aufgabe zu lösen. Für die Spätformen empfiehlt *A.* das atoxylsaure Quecksilber. *A.* geht in den einzelnen Fällen streng individuell vor und kontrolliert ständig die wichtigen Vorgänge im ganzen Organismus. Von einer Heilung kann bei der progressiven Paralyse heute noch kaum die Rede sein, wohl aber ein Bremsen im Fortschreiten der Erkrankung. *A.* berichtet kurz über einige von ihm behandelte Fälle. Er tritt



dafür ein, daß die antiluetische Behandlung auf allen Wegen versucht werden müsse, um den luetischen Anteil an dem Prozeß auszuschalten. Der Erfolg einer stufenweise ansteigenden Therapie durch Anwendung mehrerer antiluetischer Mittel kann sehr wohl zu einer Inaktivierung, vielleicht sogar Beseitigung der Spirochäten führen. *A.* hofft auch, daß andere zu Hilfe genommene Methoden regressive Wirkungen unterstützen könnten, so eine Hetolbehandlung.

Pilcz (228) gibt in seinem Vortrag eine Übersicht über die neuen Fortschritte der Paralyseforschung. Auch die modernen therapeutischen Bemühungen werden ausführlich behandelt.

Lauschner (143) faßt seine Ansichten über die Frage der leichten Lues und der späteren Paralyse in folgenden Leitsätzen zusammen:

Der Satz, die leichte Lues prädestiniere zur Paralyse, läßt sich in dieser allgemeinen Form weiter nicht halten.

Außereuropäische Statistiken über Paralyse und Syphilis und deren Verlaufsart sind kein einwandfreies Beweismaterial.

Aus dem Fehlen von syphilitischen Residuen zu entnehmen, daß die Krankheit, wenn sie überhaupt bestanden, nicht besonders schwer gewesen sein kann, ist unrichtig.

Die nicht gleichartige Anfangsbehandlung der Lues beeinträchtigt auch eine einheitliche Beurteilung der ersten Stadien.

Gemäß dem konstitutionellen Charakter der Frühsyphilis muß auch in den leichten Fällen mit internen Lokalisationen gerechnet werden.

Es bleibt abzuwarten, ob positive Befunde im Liquor, die refraktär gegenüber antisyphilitischer Behandlung sind, einen frühen Hinweis auf Paralyse bilden.

Tertiäre Erscheinungen vor Ausbruch der Paralyse sind nichts weniger als Seltenheiten, wenn man die Lues nicht nur vom dermatologischen Standpunkt auffaßt, sondern sie als chemische Infektionskrankheit betrachtet und je mehr man von dem Begriff der Parasyphilis abkommt.

Auch die Mehrzahl der anscheinend latenten Kranken weist Veränderungen an den inneren Organen auf.

Die Frage nach der leichten oder schweren Form der Lues wird wesentlich durch die Chronizität der Krankheit erschwert.

Die relativ geringe Zahl der Tuberkulösen bei Paralyse erklärt sich aus andern Gründen als aus der bei Phthisikern häufiger vorkommenden Verlaufsart der Lues mit Rezidiven.

Spezielle Untersuchungen über die Verlaufsart der in der Kindheit und im späteren Alter erworbenen Syphilis in bezug zur Paralyse sind vielleicht lohnend, stehen aber noch aus.

Der Annahme, daß die leichte Lues die Lues nervosa sei, ist noch zu widersprechen.

Alter (4) mahnt, bei Spätlues und überhaupt bei allen luetischen Erkrankungen, die mit nervösen oder psychischen Veränderungen kombiniert sind, eine spezifische Behandlung nicht einzuleiten, bevor eine genaue Untersuchung des Liquor



cerebrospinalis stattgefunden hat. Auch ist während der Behandlung der Befund weiter zu beobachten.

Runge (259) hält bei der an sich so schlechten Prognose der Paralyse eine zielbewußt ausgeführte Behandlung mit Salvarsan für durchaus angebracht, da es neben dem Tuberkulin das einzige Mittel ist, das tatsächlich zu Erfolgen führen kann. *R.* will das Mittel nicht nur an initialen Fällen angewandt haben, sondern empfiehlt es auch bei noch nicht zu alten Fällen mit schweren Symptomen. Die verwandte Dosis muß eine möglichst hohe sein und sich je nach der Toleranz des Pat. bis zu 10 g erheben. Durch die Salvarsanbehandlung wird vor allem die Wahrscheinlichkeit weitgehender Remissionen, sogar mit erhaltener Arbeitsfähigkeit, wesentlich erhöht.

Marinesco und *Minea* (174) injizierten den Liquor cerebrospinalis eines vom Vater her syphilitischen jungen Mannes in das Scrotum von 3 Kaninchen. Eines dieser Tiere bekam einen typischen Schanker am Scrotum. Die Verf. sehen darin den Beweis des Vorhandenseins und der Virulenz lebender Spirochäten und erkennen die juvenile Paralyse als aktive Spirillose an.

Marinesco und *Minea* (175) besprechen zunächst die historische Entwicklung der intralumbalen Applikation von Salvarsan bei Tabes und Paralyse und besprechen dann ihre eigenen neuen Versuche. In den meisten Fällen benutzten die Autoren als Vehikel des Salvarsans das eigene Serum des Pat. Sie machen darauf aufmerksam, daß das in vitro „salvarsanisierte" Serum die Spirochäten schneller unbeweglich macht als das in vivo „salvarsanisierte", und empfehlen entsprechend die erste Methode. Vor allem sollen auch zur Erzielung eines Erfolges geringere Mengen nötig sein. Einige Tabiker wurden allerdings nur einige Wochen beobachtet. Die Verf. empfehlen übrigens, Kombinationen von intralumbalen und intravenösen Injektionen vorzunehmen.

2 Paralytiker wurden mit Einspritzungen von 0,02 Salv. in 2 ccm Serum in der Gegend der 2. linken Frontalwindung behandelt. Daraufhin traten bei beiden sehr bald epileptiforme Krämpfe auf. Solche wurden übrigens bei einem andern, ebenso behandelten Taboparalytiker beobachtet. Die *Wassermann*sche Reaktion wurde nie beeinflußt. Ihre Erfahrungen waren im großen und ganzen folgende: Von 19 mit Salvarsaninjektionen subarachnoidal behandelten Patienten bekamen 4 Komplikationen; nämlich 3 epileptiforme Anfälle, 1 eine brachiale Monoplegie. Von den übrigen 15 Fällen haben sich 4 etwas gebessert, die andern sind stationär geblieben. Die Verf. halten bessere Erfolge bei häufigeren Injektionen für möglich, ähnlich wie bei der Behandlung mit Tuberkulin, bei der auch häufigere Eingriffe notwendig sind. Wenn man tatsächlich etwas erreichen will, so muß man — so äußern sich die beiden Autoren — durch subarachnoideale, zerebrale, spinale und intravenöse Injektionen beizukommen suchen. Die an sich deutlich pessimistische Anschauung wird noch verschärft dadurch, daß neue biologische Untersuchungen (*Abderhalden*) neue Momente in die Frage hineinbringen und die Frage erschweren. Eine leise Hoffnung lassen sie durchblicken: ihre Versuchspersonen waren weitgehend fortgeschritten; sie hoffen, daß man in ganz frischen Fällen durch eine energische Behandlung in der angegebenen Richtung Erfolge vielleicht erzielen könnte.

Heinicke und *Künzel* (102a) haben an Paralytikern die in der letzten Zeit von mehreren Seiten empfohlene Tuberkulin-Quecksilberbehandlung angewandt. Das Resultat war: einmal eine Remission, die fast einer Heilung glich; 4 Fälle zeigten deutliche Besserungen, die aber nach kurzer Zeit wieder zurückgingen; 3 Fälle zeigten während der Behandlung Verschlechterung. Auffallend war, daß gerade ein relativ frischer Fall sich verschlechterte, während ein seit 5½ Jahren erkrankter Paralytiker relativ weitgehende Besserungen zeigte. Die Verf. befürworten die weitere Erprobung der Tuberkulin-Quecksilberbehandlung.

Kaplan (124) stellt an der Hand einer Reihe von Untersuchungen den Satz auf, daß die vollständige Ausflockung des kolloidalen Goldes in den höheren Konzentrationen, unter Bildung einer typischen treppenartigen Kurve, für die progressive Paralyse charakteristisch sei. Die Arbeit enthält eine genaue Schilderung der Untersuchungstechnik.

Rohde (246) stellt 2 Fälle von Paralyse einander gegenüber, die beide in ihrem Verlaufe eigenartig waren. In beiden Fällen handelt es sich um ein „Vergessen des Lebensinhalts", doch ist die Entstehungsweise dieser Erscheinungen eine ganz verschiedene. In dem einen Falle bildet sich der Kranke eine fixe Idee, der er in den Lücken seiner Erinnerung weitgehend Rechnung trägt. In dem andern Falle tritt ein auffallend starker Negativismus hervor, der unrichtigerweise den Eindruck eines Zerfalles des Lebensinhalts erweckt. Interessant ist, daß an beiden Fällen, die doch eine organische Grundlage haben, Schwankungen der Erinnerungsfähigkeit auftauchen, und daß lange Zeit schlafende Erinnerungsbilder plötzlich klar in Erscheinung treten.

Vavrouch (Prag) (320). Unter den Psychosen, bei welchen Autor Stirnrunzelung beobachtet hat, ist Tabes dorsalis hervorzuheben (2 eingehend beschriebene Fälle). Autor analysiert die anatomische Grundlage derselben und sieht in der Runzelung eine Paralysierung der durch Serotoparese verursachten Ptosis.

Jar. Stuchlik (Zürich).

Nonne (204) berichtet über den seltenen Fall, daß es ihm glückte, einen Mann zur Sektion zu bekommen, der längere Zeit an schweren nervösen Erscheinungen gelitten hatte. Lues, etwa 10 Jahre vorher, war zugegeben. Somatisch war auf Paralyse Hinweisendes nicht zu finden; wohl aber ergab die Blut- und Liquoruntersuchung einen für Paralyse kennzeichnenden Befund. Die anfänglich schwankende Diagnose zwischen Neurasthenie plus Lues latens und beginnender Paralyse neigte nun natürlich mehr zur Paralyse hin. Da der Kranke, in der Verzweiflung über seinen plötzlichen geschäftlichen Zusammenbruch zum Selbstmord schritt, konnte in diesem relativ frühen Stadium die genaue mikroskopische Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks vorgenommen werden. Mehrere Untersucher stellten übereinstimmend beginnende Paralyse fest. Im Rückenmark wurden Gefäßscheideninfiltrate, aus Leukozyten und einzelnen Plasmazellen bestehend, über graue und weiße Substanz des Rückenmarkquerschnitts ausgehnt, festgestellt, entgegen den sonst bei inzipienter Tabes beobachteten Infiltrationen der Meningen. *N.* betont, daß Liquorbefunde, wie in dem vorliegenden Falle, nach seinen Erfahrungen bei



dem Vorliegen von Spätlues stets der Ausdruck syphilogener Erkrankungen des Zentralnervensystems sind.

Marie, A. (163) hat die Gehirne von 9 Paralytikern, die zum größten Teil an Anfällen plötzlich gestorben waren, möglichst rasch nach dem Tode untersucht. Er fand bei den 9 Gehirnen 8mal die Spirochaeta pallida, und zwar unter Benutzung des Ultramikroskops, während er im Silberpräparat nur einen positiven Fall feststellen konnte. In einem Falle wurden Spirochäten auch im Ventrikelliquor gefunden. Der Verf. empfiehlt dringend die ultramikroskopische Untersuchungsmethode nach *Fontana.*

Meyer, E. (184) betont, daß der Nachweis der Spirochäten am Paralytikergehirn frühere Erkenntnisse über das Wesen und die Einbeziehung des paralytischen Prozesses nicht umstoße. Nach wie vor bliebe die Paralyse der Ausdruck einer Stoffwechselstörung. Auch jetzt noch bleibe die Frage offen, ob die Voraussetzungen zum Ausbruch einer Paralyse in der Art der Mikroorganismen, in der des Individuums oder in der Art beider liege. Verf. hält eine günstige Beeinflussung des Verlaufes der Tabes und der Paralyse bei richtiger Auswahl der Fälle und der Behandlungsmethoden für möglich.

Nach einigen statistischen Angaben über den Verlauf der Paralyse sprechen *Banse* und *Roderburg* (12) über das Vorkommen von Halluzinationen bei Paralyse. Auf Grund ihres Beobachtungsmaterials kommen sie zu dem Resultat, daß Halluzinationen des Gehör- und Gesichtsinnes selten und dann meist nur vorübergehend auftreten. Die Fälle, bei denen die Halluzinationen eine größere Rolle spielen, teilen die Verf. in 3 Gruppen ein: in Psychopathen, Alkoholiker und Kranke, die kurz vor Ausbruch der Paralyse ein Kopftrauma durchgemacht haben.

Hieronymus (108) gibt eine ganze Reihe praktischer Winke für die Anstellung und Beurteilung der *Wassermann*schen Reaktion. Im letzten Teile seiner Arbeit berichtet Verf. über eine große Anzahl von Untersuchungen auch an nicht paralytischen Geisteskranken, Idioten, Psychopathen, Senilen, Alkoholikern und auch an Angehörigen von Paralytikern. Es ist über die Erfahrungen an einem großen Material übersichtlich referiert.

Bei der Untersuchung von paralytischen Gehirnen war aufgefallen, daß Spirochäten in der Nähe von Blutgefäßen sehr selten gefunden wurden, obwohl die starke Beteiligung der adventitiellen Lymphscheiden am paralytischen Prozeß bekannt war. Spätere Untersuchungen ergaben aber doch positive Resultate, und *Marcus* (161) gelang es, Spirochäten, in enger Beziehung zu Plasmazellen stehend, nachzuweisen. Verf. nimmt an, daß die Plasmazellen als Träger der Spirochäten bei Entstehung der Paralyse eine große Rolle spielen. Er vermutet, daß sie einerseits Reaktionszellen zur Aufnahme oder Zerstörung der Spirochäten sind, andrerseits als Träger von Spirochäten in das Gewebe in Betracht kommen.

Maaß (157) fand bei 24 Seren, die Wassermann-positiv waren, 10mal bei quantitativer Serumabstufung Abschwächung der Reaktion nach Verabreichung von Amylenhydrat oder Paraldehyd. Diese Abschwächung bewegte sich in nur sehr engen Grenzen. Die Beobachtung ergab weiter, daß die Sera gewöhnlicher Luetiker leichter reagierten als die Sera von Paralytikern. Verf. führt diese Er-

scheinung auf die stärkere Reaktionsfähigkeit ersterer zurück. Der praktische Wert dieser Erscheinungen ist nicht groß.

Nonne (202) bespricht in seinem Vortrage die Luesparalyse nach allen Richtungen hin und bringt neben seinen großen persönlichen Erfahrungen eine außerordentlich große Reihe deutscher und ausländischer Arbeiten auf diesem Gebiet heran. Der Vortrag zeigt deutlich die großen Schwierigkeiten, die der Lösung des Problems, auch nach der therapeutischen Seite hin, heute noch entgegenstehen.

Markus (162a) berichtet über 2 Fälle, bei welchen klinische Erscheinungen und pathologisch-anatomischer Befund miteinander in Widerspruch standen. Bei dem ersten Falle wurde aus dem klinischen Bilde die Diagnose auf wahrscheinlich traumatische Hirnblutung in der rechten Hemisphäre gestellt. Die Reaktion aber und die mikroskopische Untersuchung ergab paralytische Veränderungen, die in stark überwiegendem Maße im rechten Hirn ausgebildet waren. Im 2. Falle lagen dagegen die Verhältnisse umgekehrt. Klinisch mußte auf Grund der körperlichen und psychischen Erscheinungen eine Paralyse angenommen werden. Die *Wassermann*sche Reaktion war im Blute negativ. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch tuberkulöse Herde in der Pia und im Hirngewebe. Auch wird noch ein 3. Fall erwähnt, bei welchem die Diagnose auf Paralyse gestellt war. Die Sektion ergab eine eitrige Meningitis und einen auf der Sella turcica sitzenden kleinapfelgroßen Tumor.

Zimkin (335) versucht mit Hilfe einfacher psychologischer Untersuchungsmethoden und sorgfältiger Analysen, den Grad und die Art der Intelligenzstörung zu erforschen. In seinem Vortrag berichtet *Z.* über 2 Versuche an einem Falle von Lues cerebri und an einem Falle von progressiver Paralyse. Nach der von *Z.* angegebenen Nomenklatur handelt es sich — wie aus dem *Ebbinghaus*schen Versuch hervorgeht — im 1. Falle um eine Kombinationsstörung, verursacht durch mangelhafte Urteilsfähigkeit, im 2. um eine sekundäre Kombinationsstörung infolge eines Intelligenzdefektes. Beide Kranke wurden mit 7 Salvarsaninjektionen behandelt; danach die 2. Untersuchung. Die Analyse der Leistungen nach der Behandlung unterläßt *Z.* Es scheint sich um Besserungen gehandelt zu haben. Eine Schwäche der Methode dürfte in der Möglichkeit einer subjektiven Beurteilung der Fehler und Lücken durch den Untersucher bestehen.

Quensel (232) berichtet ausführlich über einen gerichtlichen Fall, in dem es sich darum handelt, festzustellen, ob ein schwerer Unfall mit Schädeltrauma bei dem vor dem Unfall schon luetischen Manne als ursächliches Moment für den Ausbruch einer Paralyse verantwortlich gemacht werden konnte. Verf. entschied, entgegen dem Gutachten eines andern Sachverständigen, in positivem Sinne. Das Gericht entschied dementsprechend, so daß also der Tod an Paralyse noch nach 15 Jahren als Unfallfolge anerkannt wurde.

Damaye (48) schildert 2 Fälle von progressiver Paralyse, die er mit Erfolg behandelt hat; jedenfalls kam es auf eine konsequente Behandlung hin zu Besserungen, die an Heilung grenzten. *D.* gab Quecksilber, Jod, Atoxyl und andere Mittel. Er hebt ganz besonders hervor, daß der allgemeine Zustand in erster Linie gehoben werden muß, bevor eine energische antisyphilitische Behandlung in Angriff genom-



men wird. Aus den Ausführungen des Verf. geht hervor, daß er die Lues nur als die häufigste Ursache, nicht als die unbedingte Voraussetzung für das Entstehen der Paralyse ansieht. Salvarsan scheint nicht angewandt worden zu sein.

Antoni (6) berichtet über außerordentlich interessante Gebilde der sensiblen und sensorischen Neuronen. *A.* nimmt an, daß der tabische Krankheitsprozeß sich über das ganze sensible Nervensystem mit Einschluß der Kopfganglien ausdehnt. Dabei braucht anatomisch und klinisch ein Faserausfall noch nicht nachzuweisen zu sein. Verf. ist der Überzeugung, daß die pathologisch-anatomischen Befunde bei der Paralyse mit tabischen Zeichen vergesellschaftet sind.

Reckzeh (235) bespricht die Bedeutung der Paralyse gegenüber der Reichsversicherungsordnung, der Arbeiterversicherung und der Unfallgesetzgebung. Als möglichen Zwischenraum zwischen Unfall und Ausbruch der Paralyse nimmt *R.* höchstens 2 Jahre an. Eine sehr wichtige Rolle spielt die Syphilis bzw. Paralyse in der Lebensversicherungsmedizin, da das Übersehen einer Syphilis die Lebensdauer verkürzt.

Pighini und *Barbieri* (226) beschäftigen sich in ihrer Arbeit mit den Versuchen, die quantitativ und qualitativ nachgewiesenen Veränderungen der Lipoidstoffe im Paralytikergehirn auch auf histochemischem Wege nachzuweisen. Die Arbeit bringt eine Reihe neuer Beobachtungen und die Kritik älterer Anschauungen. Zu einem kurzen Referat eignet sie sich nicht, man muß sie im Original lesen.

Weygandt und *Jakob* (326a) beschreiten den Weg des Tierexperiments, um dem Verständnis der Gesetze, denen der Weg der Syphilis, besonders in bezug auf das zentrale Nervensystem, folgt, näherzukommen. Die Versuche wurden an syphilitisch infizierten Kaninchen in großer Zahl angestellt. Das Ergebnis der ausführlich geschilderten Untersuchungen war im ganzen folgendes: Das Nervensystem der Kaninchen ist in vielen Fällen, auch frühzeitig, einer syphilitischen Infektion zugänglich. Die Ergebnisse der histologischen Untersuchung sind bei intravenöser, testikulärer und intrazerebraler Applikation des Syphiliserregers im ganzen die gleichen. Ein Unterschied besteht insofern, als bei manchen Tieren die mesodermalen Hüllen und die Gefäße exsudativ-infiltrative Erscheinungen zeigen, bei andern wurden meningo-encephalitische Veränderungen beobachtet, welche das ganze Zentralnervensystem, besonders die Hirnrinde, betrafen. Auch perniziöse Parenchymerkrankungen wurden festgestellt. Eine weitere Beobachtung war die, daß einzelne Kaninchen nervengesund blieben, andere nervenkrank wurden, obwohl sie mit dem gleichen Stamme geimpft waren. Über die Ursache dieser Erscheinung ist Endgültiges noch nicht zu sagen. Stark virulente Pallidastämme scheinen früher und eingreifender auf das Nervensystem zu wirken als weniger virulente. Was das histologische Bild betrifft, sind sie der Meningoencephalitis des Menschen ähnlich; oft auch paralytischen Veränderungen (diffuse Schädigung, primäre Parenchymdegeneration). Interessant ist, daß auch in diesen Versuchen das frühzeitige Befallensein der Meningen und des Gehirns nachgewiesen wurde. Der Prozeß heilt entweder aus oder kommt zu einer weiteren Entwicklung. Daß eine Sensibilisierung des Zentralnervensystems zum Ausbruch einer Erkrankung nötig sei, scheint nach einigen Versuchen der Verf. nicht nötig zu sein, wenn auch ein lange dauerndes



Wirken des toxischen Anteils wohl vorbereitend auf das Zentralnervensystem wirken kann. Die Versuche werden fortgesetzt.

Boveri (26) gibt eine neue Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit an. In ein Reagenzglas gibt man 1 ccm Zerebrospinalflüssigkeit, setzt 1 ccm 0,1 proz. übermangansaures Kali zu, indem man die Lösung langsam einsickern läßt. Steht das Gläschen aufrecht, so zeigt sich eine Färbung an der Berührungsfläche der beiden Flüssigkeiten, die gelb oder gelblich ist. Diese Reaktion stellt sich bei Gesunden nicht ein. Deutlicher als diese „zonale“ Form ist die „globale“, die nach Schütteln des Gläschens und Vermengung der Flüssigkeiten eine Farbveränderung der Flüssigkeit hervorruft. In pathologischen Fällen wird die Flüssigkeit hellgelb, in gesunden bleibt die Farbe rosaviolett. Die Reaktion soll empfindlicher als andere (z. B. die *Nonne*sche) Reaktionen sein und weist auf eine Veränderung des Liquors hin. Mit Zunehmen des Eiweißgehaltes des Liquors wird die Reaktion positiv, allerdings mit Ausnahmen. Die Reaktion mit übermangansaurem Kali geht der Lymphozytose des Liquors nicht parallel. Bei Rückenmarksentzündungen wurden die Reaktionen am deutlichsten festgestellt. *B.* glaubt, daß diese Reaktion das Anzeichen von Störungen der Zellentätigkeit der Eiweißsubstanzen sei.

Walter (321) knüpft an die Mitteilung der Krankengeschichten von 12 Fällen von Hirnlues Überlegungen über die verschiedenen Ansichten bezüglich des Auftretens von Psychosen bei Hirnlues. Sein Material teilt er in 2 Gruppen. 1. Chronische Defektzustände. Die Fälle zeigen den *Korsakow*schen Symptomenkomplex, der sich durch Einförmigkeit und Mangel an Produktivität auszeichnet. 2. Akute Psychosen, die als akute Halluzinationen, in 2 Fällen als Angstpsychose bzw. als Dämmerzustand in Erscheinung traten.

Damaye (47) berichtet, wie in andern Arbeiten, weiter über Erfolge in der Paralysebehandlung und hebt dabei immer besonders die Hebung des Allgemeinzustandes als Vorbedingung für einen Erfolg hervor. Er will vor allem erreichen, daß energische Quecksilberdosen gut vertragen werden, und wendet neben diesem Mittel fiebererregende Mittel und Jod an.

Alter (4) tritt dafür ein, daß in keinem Falle von Spätlues mit bedeutenderen nervösen oder psychischen Störungen Salvarsan angewandt werden dürfe, bevor nicht der Liquor cerebrospinalis untersucht sei. Während der Behandlung müsse er weiter beobachtet werden.

Die Arbeit von *Kafka* und *Rautenberg* (122) erstrebt die weitere Förderung der Kenntnisse über die verschiedenen im pathologischen Liquor vorkommenden Eiweißstoffe. In den vorliegenden Auseinandersetzungen wurde vor allem das Verhalten der Eiweißstoffe im Liquor gegenüber verschiedener Ammoniumsulfatsättigung festgestellt, ebenso wie die Beziehungen des Antikörpergehalts zur Englobulinreaktion. Die Verf. zeigen, daß bei der Paralyse eine charakteristische Erhöhung der Gefäßpermeabilität besteht. Die Verf. nehmen an, daß diese durch äußere oder innere Momente gesetzte Veränderung einen bestimmten Teil der Luischen zu Paralytikern macht. Die Fälle der Einzelbeobachtungen und -erfahrungen läßt sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben.

Taussigs (313) eigene Untersuchungen betreffen die Viskosität, Ober-



flächenspannung und chemische Beschaffenheit des Liquors und beschäftigen sich mit der stalagmometrischen Reaktion von *Ascoli-Izar*. Die Grenzen der Viskosität liegen zwischen 1,01—1,06 (für Wasser = 1,00), wie schon richtig *Borelli* und *Datte* (u. a.) gezeigt haben; die Angaben von *Fuchs-Rosenthal* sind als unzutreffend zu bezeichnen. Bei verschiedenen Psychosen bietet die Zerebrospinalflüssigkeit nichts Spezifisches. Interessant ist, daß bei 2 Epileptikern, bei welchen Kraniotomie mit partieller Hirnrindenexzision gemacht wurde, die Viskosität abnorm klein war, 0,98; nach 4 Wochen stieg sie aber zu normalem Werte (1,02). Die Oberflächenspannung ist etwas kleiner als beim Wasser und bewegt sich normal oder bei Psychosen zwischen 101—105 Tropfen des Stalagmometers. Die Meiostagminreaktion zeigt nichts Charakteristisches; sogar nur 2mal unter 8 luetischen Liquoren konnte Verf. eine Erniedrigung der Oberflächenspannung konstatieren. Von den Globulinreaktionen gab die nach *Nonne-Appelt* die besten Resultate, die nach *Noguchi* die schlechtesten. Tabellenartige Übersicht sämtlicher Reaktionen ergänzt die Arbeit.

Jar. Stuchlik (Zürich).

2. Arteriosklerose, Senilität, Tumoren, Herderkrankungen, Kleinhirnerkrankungen.

Schlesinger (271) berichtet über einen Soldaten, der infolge eines Schädelschusses eine linksseitige Hemiplegie hatte. In Besserung begriffen, bekam der Pat. plötzlich allgemeine Krämpfe und sprach nicht mehr. Seine Stimmung erschien dabei heiter. Eine Suggestivbehandlung brachte Heilung. Es hatte sich um einen hysterischen Mutismus gehandelt.

Arsimoles und *Legrand* (7) bringen die Krankengeschichte eines Falles von Presbyophrenie mit Polyneuritis. Sie erklären, das Nebeneinanderstehen beider Erkrankungen berechtige nicht zum Stellen einer Diagnose auf chronische Psychopolyneuritis. *Wernicke*s Presbyophrenie hebe sich deutlich von der *Korsakow*schen Psychose ab und sei als eine Form der senilen Demenz anzusehen. In dem beschriebenen Falle sei die Polyneuritis durch Alkoholismus hervorgerufen worden.

Quensel (231) bringt die Schilderung eines Falles, in welchem bei einem 28-jährigen Manne sich eine linksseitige Hemiplegie mit Schmerzen, halbseitigen Empfindungsstörungen und einer rechtsseitigen Oculomotoriuslähmung allmählich ausbildet. Diese Erscheinungen bildeten sich später etwas zurück, andere traten hinzu, so Paresen in dem Gebiete der Hirnnerven. 3 Jahre nach Bestehen der Erkrankung traten nur Krampfanfälle im linken Arm und linken Bein ein. Die Auffassung über das Wesen des Prozesses war bei verschiedenen Gutachtern — es handelte sich um eine Unfallsache — eine verschiedene. Am nächsten lag die Wahrscheinlichkeit einer Erweichung oder Blutung in der Gegend des r. Pedunculus cerebri, auch eine multiple Sklerose wurde in Betracht gezogen. Eigenartig an dem Falle ist das Auftreten einer Hemiparese mit Aktionskrämpfen, die Ähnlichkeit sowohl mit myotonischen wie mit tetanischen Störungen zeigten. *Qu.* bespricht eingehend frühere Erfahrungen über das Vorkommen myotonischer Erscheinungen bei Hemiplegien, nimmt an, daß die myotonieartige Teilerscheinung ein Lokalsymptom darstellt.



Sigg (288a) hat 13 Gehirne von Senilen untersucht. Er kommt zu folgenden Resultaten: Die senile Demenz im alten weiteren Sinne beruht auf einem Rindenschwund infolge arteriosklerotischer oder atrophischer Prozesse oder infolge der Sphärotrichie. Alle zeigen die für die organischen Psychosen typischen Symptome. Dem äußeren motorischen Verhalten nach können wir die drusenhaltigen als agitierte, die drusenlosen als torpide bezeichnen. Diese Gruppen scheinen sich auch in der Beschaffenheit der Basalgefäße zu unterscheiden. Es gibt selten ausgesprochene Fälle von Sphärotrichie, bei denen eine typische senile Demenz klinisch noch nicht zu konstatieren ist. Zur einfachen senilen Demenz können sich organisch bedingte, z. B. depressive, Zustände hinzugesellen (senile Melancholie). Solange die organischen Symptome vorherrschen, müssen solche Fälle der senilen Demenz zugezählt werden. Andernfalls handelt es sich wohl um anderweitige oder um Exazerbationen latent gewesener Psychosen.

Rumpf (258) schildert 2 Fälle, die beide nach schwerem Unfall arteriosklerotische Veränderungen im Gehirn zeigten. Im ersten Falle handelt es sich um ein schweres Schädeltrauma, das zunächst keine auffälligen, klinisch nachweisbaren Symptome schuf. Es blieben subjektiv nur Kopfschmerzen und Neigung zu Schwindel bestehen. Nach 3 Jahren wurde der Schwindel stärker. Das Nächstliegende war, an eine Kleinhirnerkrankung zu denken. Schließlich trat eine weitere Verschlimmerung der Erscheinungen ein, der Pat. wurde traurig verstimmt und endete durch Suizid. Die Sektion des Gehirns ergab: Knochenverdickungen und Verwachsungen der harten Hirnhaut, besonders an der Schädelbasis. In der rechten vorderen Schädelgrube fand sich ein stark ausgeprägter Knochenwulst, der auf die Sella turcica zuläuft und als Narbe eines alten Bruchs der Schädelbasis angesehen werden muß. Die rechtsseitige Art. profunda zeigt arteriosklerotische Veränderungen. Im 2. Falle handelte es sich um einen schweren Sturz, der eine typische linksseitige Hemiplegie zur Folge hatte. Der Zustand blieb konstant, bis der Pat. häufige Schwindelanfälle bekam. Kopfschmerzen stellten sich ein und gelegentlich Bewußtlosigkeit. Später traten epileptische Anfälle auf, deren einer den Tod herbeiführte. Die Obduktion zeigte eine Blutung an der Capsula int. Außerdem waren sämtliche Arterien des Gehirns arteriosklerotisch verändert. Aorta und Koronararterien zeigten nur ganz geringe arteriosklerotische Veränderungen. In beiden Fällen bringt Verf. Unfall und Arteriosklerose in ursächlichen Zusammenhang und betont die Seltenheit solcher Fälle.

In der Besprechung der Symptome der Kleinhirnerkrankungen betont *Rothmann* (255) im wesentlichen folgendes: Erkrankungen des Wurmes lassen sich durch den zerebellaren Gang erkennen. Dieses Symptom ist häufig vergesellschaftet mit eigentümlicher Haltung des Kopfes, der Asynergie cérébelleuse. Bewegungen des Kopfes und Gesichtes und der Sprache sind verlangsamt. Die Erkrankungen der Kleinhirnhemisphäre zeigen vor allem Abweichungen der Extremitäten beim Zeigeversuch. Die Erscheinungen sind vielfach einseitig, deutliche Gleichgewichtsstörungen und Schwindel treten charakteristisch bei der Erkrankung der Kleinhirnkerne auf; daneben bestehen Krämpfe, Zwangshaltungen und kataleptische Symptome. Da die Erkrankungen des Kleinhirns sehr häufig Kombinationen verschiede-



ner, aus diesem typischen Rahmen herausfallender Erscheinungen zeigt, ist die Diagnose häufig erschwert. *R.* erhofft weitere Fortschritte durchs Experiment nur durch die Zuhilfenahme der *Barany*schen Methoden zur Prüfung der Richtungslinien.

3. Tumoren.

Mattauschek (181) berichtet in erster Linie über Gehirngeschwülste in der hinteren Schädelgrube ohne Stauungspapille, in zweiter Linie über Kavernome im Gehirn. Auch *M.* betont die Schwierigkeiten der Diagnose von Tumoren im Gebiete des 4. Ventrikels, da charakteristische Erscheinungen meist fehlen. In dem Fall von Kavernom saß die Geschwulst im Thalamus. Nach den Untersuchungsergebnissen war sie angeboren. Infolge äußerer Umstände kam es wahrscheinlich zur Bildung von Zysten, die ihrerseits erst deutliche Hirnsymptome veranlaßten.

Markus (176a) berichtet über einen Fall von diffuser Sarkomatose der Pia mater, der unter der Form einer progressiven Paralyse verlief.

Oppenheim (210) bespricht 2 Fälle von Hypophysentumor, die klinisch als Tabes und Paralyse diagnostiziert waren.

4. Aphasie.

Goldstein (89) berichtet über eine 53jährige Frau, welche die Symptome der Aphasie und doppelseitiger ideatorischer Apraxie sowie Störungen der Tiefensensibilität und des Tastsinns aufwies. In der linken Hemisphäre bestand eine große Erweichungszyste. Herde in der linken Hemisphäre zeigen, besonders wenn sie in der Nähe des Gyrus supramarginalis sitzen und durch ihre Anwesenheit auch weitere Schädigungen der linken Hemisphäre mit sich bringen, das Bild der ideatorischen Apraxie. Die Vergesellschaftung der Aphasie mit ideatorischer Apraxie ist außerordentlich charakteristisch. Die Aphasie im vorliegenden Falle war die Folge der Druckwirkung des Herdes. Sehr eigenartig war die Sprachstörung, die in geringer Neigung zum Sprechen bestand. Dabei kamen kurze Worte und Sätze immer wieder. Das Sprachverständnis war nur für einfache Worte erhalten, das Nachsprechen sehr gestört, das Spontansprechen so gut wie ganz aufgehoben. Nachschreiben von Buchstaben ging unter Fehlern in der Form. Lesen war unmöglich. Der Sprechakt selbst war nicht gestört, dagegen bestand eine schwere Beeinträchtigung der Sprachvorstellungen. Verf. führt diesen Verlust auf eine Schädigung der Insel zurück. Verf. verlegt den zentralen Sprachapparat in die Insel. Das Erhaltensein der Sprache, allerdings in sehr geringem Umfang, weist der Verf. der Eigenleistung des motorischen Sprachfeldes zu. Besondere Beachtung verdient, daß ein Teil des Sprachverständnisses erhalten war. Für den vorliegenden Fall findet Verf. die Erklärung darin, daß trotz der schweren Schädigung der vorderen und mittleren Teile der Insel doch das Verstehen einzelner Worte möglich war, zumal von den Assoziationsfasern zwischen Insel und Schläfenlappen und der Hemisphäre ein Teil erhalten geblieben war. Die Aufhebung der Fähigkeit des Gegenstandbezeichnens führt Verf. auf die Beeinträchtigung des Sprach- und Begriffsfeldes zurück, die Schreibstörung auf die Sprachstörung. Weiterhin war an dem Falle bemerkenswert die beiderseitige Tastlähmung. Der Befund weist neuerdings



darauf hin, daß auch die linke Hemisphäre von Bedeutung ist für das Tastvermögen und die Bewegungsempfindungen der linken Hand. Er hebt weiter hervor, daß die Tastmerksysteme des linken Hirns auch für das Tasten mit der linken Hand von Bedeutung sind, daß aber auch ein Tasten unter Ausschalten des linken Tastfeldes durch direkte Verbindungen zwischen dem Tastfelde des rechten Hirns und dem Begriffsfelde des linken Hirns möglich ist und daß das Tasterkennen erst im Begriffsfeld zustandekommt.

Heveroch (107). An der Hand von 4 Fällen kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen bez. der Anarithmetik: die Fähigkeit, zu rechnen, kann durch verschiedenartige Umstände gestört sein. Der im Sprachmechanismus Gelähmte kann nicht laut rechnen. Schließlich kann der nicht rechnen, dessen rechte Hand gelähmt ist. Es handelt sich hier vor allem darum, daß die Unfähigkeit besteht, die mathematischen Kenntnisse zum Ausdruck zu bringen. Die Anarithmetik entsteht entweder aus Störungen im Gedächtnis oder aus Störungen der Urteilskraft, die sich auf die Mathematik bezieht.

Heveroch (107a) analysiert die klassische Lehre über Aphasie, nach welcher unsere Sprache durch Verbalvorstellungen bedingt ist, und kommt zu dem Schluß, daß nicht die Verbalvorstellungen, sondern eine Reihe automatischer, zu dem Zwecke erworbener Funktionen unsere Sprache bedingt. Die automatischen Funktionen sind bei allen Leuten nicht gleich gegliedert, weil die Gliederung von der Art der Erlernung abhängig ist. Die komplizierteren Funktionen leiden bei Erkrankung beträchtlicher als die die einfachen oder besser erlernten. Deshalb beobachtet man bei Krankheiten (oder analog bei der Ermüdung), daß zuerst Stilstörungen, dann Störungen der Sätzebildung und zuletzt Störungen der Wortbildung, bis sogar des Silben- oder Buchstabenaussprechens auftreten. Die Automatismen kann man nicht nur durch Willen, sondern auch durch andersartige Reize erwecken, wie es die Aphatiker, die auf Befragen das notwendige Wort nicht kennen, aber im Gespräch es ohne weiteres anwenden, deutlich zeigen. Die Funktionen: sich zu äußern und das Geäußerte zu verstehen, sind sehr mannigfaltig zusammengeknüpft; deshalb ist das klinische Bild der Sprachstörungen so mannigfaltig. *Jar. Stuchlik* (Zürich).

Wohlwill (332a) demonstriert 3 Patienten mit aphasischen Störungen infolge von Kopfschüssen.

1. Verletzung durch einen Granatsplitter, der, am linken Stirnbein eingedrungen, vor dem Pol des linken Schläfenlappens liegt. Nur ganz geringe Halbseitenerscheinungen. Totale motorische Aphasie von vorwiegend subkortikalem Charakter, insofern das Schreiben, auch das spontane Schreiben, bedeutend besser erhalten ist. Anfangs auch Symptome von Apraxie: bei sonst vollkommen intaktem Sprachverständnis wurden Aufforderungen, die sich auf Bewegungen am eigenen Körper sowie auf Gesten und Symbolhandlungen bezogen, vielfach nicht oder in verfehlter Weise ausgeführt. Nach Trepanation Besserung der apraktischen Symptome.

2. Streifschuß über dem linken Scheitelbein. Im Anschluß daran totale rechtsseitige Hemiplegie und motorische Aphasie. Schneller Rückgang der Erscheinungen. Auffallend war das Vorhandensein einer Alexie im Sinne einer vollständigen



Fähigkeit, Gelesenes zu verstehen, auch wenn Pat. es selbst annähernd richtig laut gelesen hatte, obwohl weder eine Störung des Sprachverständnisses noch eine Hemianopsie vorhanden war.

3. Steckschuß durch Infanteriegeschoß, eingedrungen am linken Schläfenbein, jetzt über dem linken Felsenbein liegend. Keine Halbseitenerscheinungen. Es besteht eine amnestische Aphasie, daneben auch sonst erhebliche Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, starke Erschwerung der Orientierung im Raum, absolute Aufhebung der früher vorhanden gewesenen Fähigkeit, zu singen und Melodien zu erkennen.

Wohlwill weist darauf hin, daß die Symptome bei Hirnschüssen nicht zu lokaldiagnostischen Zwecken verwertet werden können, da auch weit ab von dem Schußkanal noch erhebliche Alterationen der Hirnsubstanz vorkommen können.

Die große Zahl auch neuer Gedanken, die *Nießl v. Mayendorf* (210a) in seinen Ausführungen über das Geheimnis der menschlichen Sprache zum Ausdruck bringt, verhindert, in einem kurzen Referat den Versuch zu machen, dieses oder jenes herauszuheben. Der Vortrag muß gehört oder die Arbeit gelesen werden. Die Schlußworte des Verf. aber seien wörtlich hierher gesetzt: Nicht monistische Überhebung kam mich an, als ich mich unterfing, *Du Bois-Reymonds* sechstes Welträtsel zu lösen wollen. Der große, vor dem Inneren der Natur Halt machende und Halt gebietende Denker mußte das Problem der Vernunft und das mit diesem eng verbundene der Sprache für transzendent erklären, weil ihm das Problem der Empfindungsfähigkeit als unlösbar erschienen war. Für uns ist nur der hypothetische Reiz, der von der Körperperipherie in die Gehirnsubstanz sich fortsetzt, transzendent, das Wesen und die letzte Ursache der Reaktionsfähigkeit des Zentralnervensystems in seiner Wirkung auf sich selbst außerhalb der Grenzen des Naturerkennens, die Erscheinungen des Seelenlebens jedoch selbst und ihr gesetzmäßiges Nebeneinandergehen zu dem Ablauf der Reizvorgänge in faßbaren Hirnbahnen eine der vornehmsten Aufgaben der Naturforschung. Wir suchen den gesetzmäßigen Ablauf und die Entwicklung an den Äußerungen der tätigen Maschine aus ihrer Struktur zu begreifen, ohne die von außen hineingetragene oder aus ihr hervorgegangene und in ihr wirkende Kraft, ihrem Wesen nach, begreifen zu wollen. — Mit dieser Einschränkung ist die Erscheinung der menschlichen Sprache als ein objektiv Gegebenes auf die Besonderheit des menschlichen Gehirnbaus und die Entwicklung seiner Leistungen wohl begründbar.

Goebel (87) faßt seine Ausführungen folgendermaßen zusammen: Die Anlage verschiedener Erinnerungs- und Vorstellungszentren einmal für Musik, dann für die Sprache ist letzten Endes veranlaßt durch die Existenz verschiedener Aufnahmeapparate einerseits für Töne, d. h. für regelmäßige Schallwellen, andrerseits für Geräusche, d. h. für regellose, komplizierte Schallbewegung.

Kleist (131) macht darauf aufmerksam, daß bei der Erforschung der Sprachstörungen die Beobachtung sich nicht auf die Herderkrankungen des Gehirns beschränken darf, sondern vor allem auch auf die Geisteskrankheiten ausgedehnt werden muß. Bei Beachtung dieser Forderung erhofft *K.* vor allem Fortschritte in der Aphasieforschung.



Die Sprache baut sich in mehreren Schichten verschiedener Kompliziertheit auf: Die Schichten sind Laute und Lautfolgen, Wortschatz und Wortgebrauch, die sekundären Wortgebilde (Zusammenszetungen) und alle Typen der Wortfolgen. *K.* erklärt nun die Möglichkeit des Nachweises isolierter Störungen in jeder einzelnen jener Schichten. Außerdem wird festgestellt, daß in jeder einzelnen Schicht des Sprachaufbaues zwei Arten von Störungen auftreten. Diese sind engraphischer und koordinatorischer Art. Gleiche Störungen waren bei Herderkrankungen nicht nachweisbar. *K.* erläutert in seiner Arbeit diese Störungen näher in ihrem Einfluß auf die oben genannten 4 Stufen des Sprachaufbaues.

5. Verschiedenes.

Ranke (233) behandelt eingehend die Histologie und Histopathologie der Blutgefäßwand, speziell die des Zentralnervensystems. *R.* glaubt, daß die Erkenntnis über normale und pathologische mesenchymale Strukturen durch die Ansicht, die Zelle sei der Elementarorganismus, gelitten habe. Die Grundlage jedes mesenchymalen Gewebes ist das Plasmanetz. In diesem Netze geht eine morphotische und chemische Differenzierung vor sich. Auch die Grundlage der fertigen Blutgefäßwand bildet das plasmatische Bindegewebsnetz; auch die krankhaften Veränderungen gehen hier vor. Imprägnationsänderungen sind häufig pathologische Reaktionen des medialen und intimalen Bindegewebsnetzes. Die Membrana elastica interna größerer Arterien zeigt als pathologisches Merkmal sehr häufig eine Aufblätterung in Partiallamellen. Bei den meisten endarteriitischen Prozessen werden Delamination der Membran mit Muskularisation der Intima sowie Bildung von fibroplastischen Netzen in der Intima beobachtet.

An der Hand von 6 Fällen kommt *Schröder* (280) zu diesem Resultat: Der histopathologische Befund in der Rinde bei amyotrophischer Lateralsklerose und bei einfacher Unterbrechung der Pyramidenbahn in tieferen Teilen des Zentralnervensystems ist der gleiche. Die Veränderungen beschränken sich auf das kortikale Ursprungsgebiet der Pyramidenbahn. Die Hirnrindenveränderungen sind durch die Pyramidendegeneration bedingt, also bei der amyotrophischen Lateralsklerose sekundärer Art.

Oppenheim (212) schließt sich nach Erfahrungen an 3 weiteren Fällen von Pseudosklerose der Ansicht an, diese Erkrankung und die *Wilson*sche in einer Gruppe nebeneinanderzustellen. Rigidität und das extrapyramidale Wesen ist, wenn auch an verschiedenen zahlenmäßigen Abstufungen, bei den Erkrankungen gemeinsam. Auch die psychischen Störungen bilden keine wesentlichen Unterscheidungspunkte. Verf. erkennt die beiden Erkrankungen als zwei ungleichartige Variationen des gleichen Leidens.

Sittig (294) berichtet über 3 Fälle, die sich durch die auffallend übereinstimmenden Lokalisationen von Parästhesien auszeichneten. In allen Fällen handelte es sich um zerebrale Affektionen. Im ersten Falle handelte es sich um eine Herdparalyse, im zweiten um eine luetische Hirnerkrankung und im dritten um eine Erweichung. Von den Parästhesien waren stets ein Mundwinkel und gleichzeitig die gleichseitige Hand oder ein Teil derselben beteiligt. Es geht daraus hervor, daß



das sensible Zentrum für die Hand (Daumen) neben dem für den Mundwinkel liegt und daß dieses dem für den Nasenflügel angrenzt.

Rinderspacher (243) empfiehlt bei der Begutachtung von Kopfverletzungen die Lumbalpunktion, besonders die Druckmessung dann, wenn Simulationsverdacht besteht oder zwischen objektivem Befund und den subjektiven Beschwerden keine Übereinstimmung besteht.

Eskuchen (65) empfiehlt dringend die Goldsolreaktion und hält die technischen Schwierigkeiten für gering. Er betont vor allem, daß zahlreiche Nachprüfungen besonders bezüglich der multiplen Sklerose notwendig seien.

Hosemann (110) wendet bei subduralen Blutungen, die kein umschriebenes Hämatom bilden, also sich diagnostizieren bzw. lokalisieren lassen, die Lumbalpunktion an. Es können so subarachnoidale Blutungen nachgewiesen werden. Daneben zeigten sich, auch bei schweren Fällen, subjektive und objektive Besserungen.

Alter (4a) verwendet bei den Untersuchungen von Serum und Liquor nicht Pipetten, sondern Spritzen mit langen Kanülen, und zwar je nach der Feinheit der Untersuchung Rekordspritzen mit vernickelten Kanülen oder Spritzen aus Jenaer Glas mit Platinkanülen und Glasansatzstück. Verf. erkennt als die Vorteile der Methode: größte Sauberkeit, Sparsamkeit und Zuverlässigkeit.

Schönfeld (275) fand als Todesursachen bei Geisteskranken: ein Drittel der Psychosen stirbt an Tuberkulose, 18,7% an andern Lungenerkrankungen (Pneumonie); 11,1% an Darmerkrankungen. In 6% der Fälle sind Herz- und Gefäßerkrankungen die Todesursache, ebensooft die Krankheiten des Gehirns. Maligne Neubildungen wurden in 2% gefunden, 1% ging durch Unfälle zugrunde. Die übrigen erliegen Stoffwechselstörungen, der Erschöpfung, selteneren Krankheiten oder enden durch Selbstmord. Bei den Gehirnwägungen ergab sich: Durchschnittsgewicht bei geisteskranken Männern 1328,7 g, bei geistesgesunden 1800 g; bei geisteskranken Frauen 1205,3 g, bei geistesgesunden Frauen 1275 g.

Schröder (279) fand in den Gehirnen Anämischer kleine miliare Herdchen, die andern Erkrankungen zu fehlen scheinen. In irgendwelchen Beziehungen zu den *Lichtheim*schen anämischen Herden stehen sie nicht. Diese werden nur im Rückenmark, jene im Großhirn beobachtet. Die Herde sind außerordentlich klein, sind außerordentlich einfach gebaut und neigen nicht zum Konfluieren. Eigentümlich ist, daß jedes Herdchen eine Kapillare umschließt. Die Herde finden sich am meisten an den obersten Schichten der Markleiste, dicht unterhalb der Rinde; gelegentlich finden sie sich auch tiefer. Die Zellen der Herde sind Gliazellen und sind in der Form von Ringwällen angeordnet. Das kuglige Zentrum besteht aus einer körnigen Masse, die Fibrin enthält und von mäßigen Mengen normaler Achsenzylinder und Markscheiden durchzogen wird. Wichtig ist, daß sich bei sehr vielen Herden Ansammlungen von roten Blutkörperchen finden. Bezüglich der Entstehung der Ringwallherdchen stellt sich Verf. auf einen andern Standpunkt als *Iller*, der die Ringwallherdchen mit andern Ringblutungen gleichstellt. Verf. hält sie im Gegensatz dazu für eine sekundäre Erscheinung, die neben der Entstehung des Herdes einhergeht. Auch daß Wucherungen und Schwellungen des Gefäßbindegewebsapparates fehlen,



spricht gegen primäre Blutungen. Ob dem Vorhandensein dieser Herde im Gehirn klinische Erscheinungen vergesellschaftet sind, steht noch nicht fest.

Dreyfus und *Traugott* (55a) schildern den Fall einer in dritter Schwangerschaft befindlichen Frau, bei welcher im Verlauf einiger Wochen schwere zerebrale Symptome entstanden (u. a. Benommenheit, Erbrechen, *Kernig*sches Symptom, abgeschwächte Reflexe, Babinski). Der Eiweißgehalt des Liquor cerebrospinalis war vermehrt, der Druck wechselnd gesteigert. Der bedrohliche Zustand läßt zur Unterbrechung der Schwangerschaft schreiten, die eine sofortige wesentliche Besserung hervorruft. Eine Neuritis optica bildet sich nur sehr langsam zurück. Der Druck der Lumbalflüssigkeit, die Eiweißvermehrung im Liquor und die Kopfschmerzen bleiben bestehen. Es handelt sich um das Bild des Hydrocephalus chronicus externus, die Ursache der zerebralen Veränderungen war die Schwangerschaft. Wahrscheinlich handelt es sich um Störungen in der inneren Sekretion, worauf die Vergrößerung der Schilddrüse hinweist.

Quinke (232a) empfiehlt die Anwendung der Lumbalpunktion als therapeutisches Mittel in all den Fällen, wo bei einer das Leben bedrohenden zerebrospinalen Drucksteigerung ein Flüssigkeitserguß als wesentlich beteiligt angesehen werden muß. Die Lumbalpunktion bringt in weniger schweren Fällen Linderung der Beschwerden, so auch in akuten Fällen einfacher seröser Transsudation. In rezidivierenden Fällen kann die Punktion wiederholt werden. Günstig wirken wiederholte Punktionen bei eitriger Zerebrospinalmeningitis, selten bei tuberkulöser. Verf. hält das Vorhandensein von Hirntumoren nicht für einen Hinderungsgrund, die Lumbalpunktion vorzunehmen.

Sittig (293) fand in einem Falle von tuberkulöser Meningitis eine bitemporal hemianopische Pupillenreaktion. Die Sektion ergab eine starke entzündliche Infiltration der Meningen am Chiasma. In der Sehbahn war eine Degeneration nicht festzustellen.

An der Hand von 20 Fällen kommt *Schönfeld* (274) zu folgenden Resultaten: Die Sphärotrichie stellt einen besonderen charakteristischen Befund in der Hirnrinde dar, der vorwiegend zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr angetroffen wird. Der Verf. hat die Sphärotrichie niemals in Fällen klinisch sicherer Presbyophrenie vermißt, dagegen fand er sie bei 4 Fällen, die keine Presbyophrenie waren.

Loewy (152) schildert einen Fall, bei dem eine im 3. Lebensjahr „Kinderlähmung" festgestellt wurde, und zwar des linken Beines. Mit ungefähr 20 Jahren trat Schwäche im rechten Bein auf und allgemeine Schwäche. An der Diagnose multiple Sklerose war nicht zu zweifeln. Verf. läßt die Frage, ob es sich um die Kombination zweier Erkrankungen handelt oder beide Erkrankungen als multiple Sklerose anzusehen sind, offen. Trotz der Schwere der Erkrankung ging der Kranke seinem juristischen Berufe nach.

Der 12. Band der Neuen Deutschen Chirurgie, herausgegeben von *P. v. Bruns* (136), enthält die allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten. Das Hirnödem behandelt *A. Hauptmann*, die Klinik der Hirngeschwülste *L. Bruns*, den Pseudotumor cerebri *Nonne*, diagnostische und therapeutische Hirnpunktion *F. Haasler*, den Balkenstich *Anton*, diagnostische und therapeutische Lumbalpunktion sowie



die Immunitätsreaktionen in Beziehung zu Erkrankungen des Zentralnervensystems *Holmzann*, die Röntgendiagnostik der Gehirnkrankheiten *Schüller*, die kraniozerebrale Topographie *F. W. Müller*, und Trepanation, Osteoplastik und Duraplastik *Fedor Krause*. Das Werk enthält eine Fülle des Wissens, der Aufbau des Buches ist klar und übersichtlich, die Literaturübersichten, die reichhaltig sind, erhöhen seinen praktischen Wert, die Illustrationen sind gut.

7. Intoxikations-Psychosen.

Ref. Otto Snell-Lüneburg.

1. *Alessandrini*, *G.*, e *Scala*, *A.*, Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra. Roma. Berterio & Co. 176 S.
2. *Austregésilo*, *A.*, Attaques épileptoides produites par l'usage du bromure de camphre. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg. no. 172, p. 63.
3. *Baecker*, *Hans*, Über Alkoholismus und alkoholische Geistesstörungen beim weiblichen Geschlecht. Inaug.-Diss. Kiel. 45 S. (S. 215*.)
4. *de Benoit*, *P.* (Bern). Alkoholikerfürsorge. Bern. Bäschlin. 243 S. 3,75 Fr. (S. 216*.)
5. *Bertholet*, Hérédité et alcoolisme. Resumé analytique et critique des études expérimentales du prof. *Ch. R. Stockhard* sur l'action blastophthorique de l'alcool. Lausanne. Giesser et Held. 29 p. — 30 cts.
6. *Bertolani*, *A.*, Le paralisi di fosfato di creosoto. Riv. sperim. di fren. vol. 40, p. 113—144.
7. *de Block*, *L.*, Du délire alcoolique aigu. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg. no. 172, p. 44.
8. *Bonhoeffer*, *K.*, Infection and intoxication psychoses (cf. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Dez. 1913). Transl. by D. G. O'Neil. Washington. The Alienist and Neurol. vol. 35, no. 4, p. 345.
9. *Boveri*, *Pietro*, Le razioni meningee nel saturnismo cronico. Atti del IV Congresso nazionale per le malattie del lavoro, Rom, Juni 1913. (S. 220*.)
10. *Briand*, *M.* et *Fillassier*, Dégénérescence mentale; obsessions,



impulsions, vertiges, actes inconscients. Appoint alcoolique. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 1, p. 16.

11. *Burr*, *Ch. W.* (Philadelphia, Pa.), Chronic dementia, cerebellar ataxia, and eleptiform convulsions in a boy, caused by ptomain poisoning from eating canned salmon. Journ. of the American med. ass. vol. 62, p. 1712. (S. 221*.)
12. *Bush*, *A. D.*, Tabak und geistige Leistungsfähigkeit. Boston med. and surg. journ. March.
13. *Clouston*, *Th.*, Some of the psychological and clinical aspects of alcohol. British journ. of inebriety Jahrg. 11, Nr. 3, S. 105.
14. *Cöbben*, Die Dipsomanie und ihre Behandlung. Blätter für prakt. Trinkerfürsorge H. 5, S. 49—51.
15. *Crothers*, *T. D.*, Periodicity of the drink neuroses. Med. record vol. 86, p. 628.
16. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Psychose toxique grave, ses rapports avec la paralysie générale. Le progrès méd. no. 1, p. 3.
17. *Darling*, *S. T.* (St. Anthony), Verwandtschaft zwischen Beriberi und Skorbut. The Journal of American med. ass. Oct. 10.
18. *Davol*, Le délire de la jalousie chez l'alcoolique. Le Progrès médical 42e ann. nr. 17.
19. *Demole*, *V.*, Alcool et Delirium tremens. L'Encéphale nr. 1, p. 5.
20. *Dick* (Berlin-Schmargendorf), Alkoholfrage und Marine. Alkoholfrage 10. Jahrg., H. 4.
21. *Dick*, *M. J.* (Staveley), Ein Fall von Veronalvergiftung. British medical journ. nr. 2781.
22. *Dierling*, *Hugo* (Obernigk), Ein Fall von Adalinvergiftung. Med. Klin. Nr. 47, S. 1713.
23. *Dominick*, *Heinrich*, Über Morphiumentziehung und die in ihrem Verlauf vorkommenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 23 S. (S. 219*.)
24. *Dürr*, *Wilhelm*, Über Verlauf und Ausgang des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes auf alkoholischer Grundlage. Inaug.-Diss. Tübingen 1913.
25. *Dufour*, *H.*, Trois cas de psychose polyneuritique ou maladie de *Korsakoff*. Journal de méd. de Paris no. 23.
26. *Dupré*, *E.*, et *Le Savoureux*, Autodénonciation récidivante chez un dipsomane. Gaz. des hôp. no. 27, p. 437.



27. *Favargar, H.* (Wien), Experimentelle und klinische Beiträge zur chronischen Tabakvergiftung. Wiener klin. Wschr. Nr. 17.

28. *Ferrari, M.* (Genua), Über den Antagonismus zwischen Haut- und Sehnenreflexen beim chronischen Alkoholismus. La clinica medica no. 5 (1913).

29. *Flaig, J.* (Berlin), Amtliche Beiträge zur Frage des Alkoholismus und seine Bekämpfung in Preußen. Alkoholfrage Jahrg. 10, H. 2, S. 119.

30. *Fraser, M. H.* (London), Bemerkungen zu zwei Fällen von Veronalvergiftung. The Lancet nr. 4738.

31. *v. Franzoni, Ruggero* (Görz), Der jetzige Stand der Pellagrafrage mit besonderer Berücksichtigung der pellagrösen Psychosen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 16, S. 189.

32. *Frazer, Th.*, Mental and nervous manifestations of pellagra. Med. record vol. 86, p. 65.

33. *Friedmann, M.* (Mannheim), Beitrag zur Kenntnis der nichtgewerblichen chronischen Quecksilbervergiftung. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 52, H. 1 u. 2. (S. 220*.)

34. *Frowein, Otto* (Steele), Zur Lehre von der Halluzinose der Trinker. Inaug.-Diss. Kiel. 40 S. (S. 215*.)

35. *Fumarola, G.*, u. *Zanelli, C. F.* (Rom), Anatomisch-experimentelle Forschungen über den Lathyrismus. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 2, S. 489.

36. *Gerwer, A.*, Über die Grundaufgaben des experimentell-klinischen Instituts zur Erforschung des Alkoholismus. Rundschau f. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. (Russisch.) 18, S. 742.

37. *Giannuli, F.*, La syndrome di *Korsakoff* e la commozione cerebrale. Riv. speriment. di fren. vol. 60, p. 396—429.

38. *Glaser, O.* (Wien), Über chronischen Veronalismus. Wiener klin. Wschr. Nr. 44.

39. *Goldberger, J.*, Die Ätiologie der Pellagra. Public health reports, Wash. nr. 26.

40. *Grafe, E.*, u. *Homburger, A.* (Heidelberg), Gewerbliche Nitrobenzolvergiftung mit *Korsakoff*schem Syndrom und Ausgang in geistigen Schwächezustand. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 3, S. 343. (S. 219*.)



41. *Greef, J. H.* (Stuttgart), Über Heilstätten für Alkoholkranke in Canada. Alkoholfrage Jahrg. 10, H. 2, S. 116.

42. *Gruber, Georg*, Geschichtliches über den Alkoholismus. München. Ernst Reinhardt.

43. *Hatiegan, J.* u. *Döri, A.* (Koloszvár), Beiträge zur Symptomatologie der Pellagra. Wiener klin. Wschr. Nr. 16 u. 27.

44. *Hayashi, D.* (Tokio), Über einen Fall von *Korsakoff*schem Symptomenkomplex alkoholischen Ursprungs. Mitt. d. med. Ges. zu Tokio 28, H. 7.

45. *Heusch* (Straßburg i. E.), Der Einfluß des Alkohols im Balkankriege. Sammelber. D. militärärztl. Ztschr. H. 16 u. 17.

46. *Hirsch, Samson*, Über die Neurasthenie der Bleikranken. D. med. Wschr. Nr. 8, S. 382. (S. 220*.)

47. *Hughes, Ch. H.* (St. Louis), The diathesis ebrietatis in the Communion Table and elsewhere. The Alien. and Neurol. vol. 35 nr. 2, p. 183.

48. *Hunter, G. G.*, and *Williams, G. H.*, The widening pellagra zone Med. record vol. 86, p. 757.

49. *de Jong, K. E.*, Die Folgen des Alkoholismus für die Nachkommenschaft. Med. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. vol. 3, p. 469.

50. *Kat, J.*, Alkoholgebrauch in Irrenanstalten und Sanatorien für Nervenkranke. Need. Tijdschr. v. Geneesk. 58 (II), p. 185.

51. *Kennedy, Foster*, The effects of the narcotic drugs addiction. New York med. journ. vol. 100, no. 1.

52. *Knauer, A.* (München), Toxisch-infektiöse Psychose mit merkwürdiger Ätiologie und merkwürdigem Verlauf. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 21, H. 5, S. 560.

53. *König, H.* (Kiel), Die Prognose des Morphinismus. Berl. klin. Wschr. Nr. 23, S. 1061. (S. 218*.)

54. *Kolossow, G. A.* (Smolensk), Geistesstörung bei Ergotismus. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 3, S. 1118.

55. *Kolossow, G. A.*, Über durch Ergotismus hervorgerufene Psychosen. Russki Wratsch 1913. Nr. 6, 7. (Russisch.) (S. 221*.)

56. *Kruse* u. *Prinzer, C.*,s Das Zusammenarbeiten von Trinkerfürsorgestellen und Heilanstalten. Blätter f. prakt. Trinkerfürsorge H. 3, S. 32—35, H. 6, S. 65—67.



57. *Lagriffe, L.* (Auxerre), La limitation du nombre des débits de boissons comme facteur important de la lutte contre l'alcoolisme. Ann. médico-psychol. nr. 1, janv., p. 57.

58. *Launconier, M. J.*, Alcoolisme et dégénérescence. Gazette des hôpitaux no. 2.

59. *Legrain* (Villejuif), Le traitement des buveurs. Arch. internat. de Neurol. 36e ann., vol. 1, no. 2, p. 91.

60. *Little* jun., *J. M.* (St. Anthony), Beriberi. Journ. of American med. ass. Oct. 10th.

61. *Manoiloff, E.*, Weitere Untersuchungen über chronischen Alkoholismus und Anaphylaxie. Ztlbl. f. Bakteriol. Abt. I. Originale Bd. 73, H. 4/5.

62. *Martini, E.* (Birkenhof b. Greifenberg), Über *Abderhalden*-Serumreaktion von Lebergewebe bei Alkoholisten. D. med. Wschr. Nr. 50, S. 2067.

63. *Meyer, Gottfried* (Bremen), Ein Beitrag zu der Lehre von dem *Korsakow*schen Symptomenkomplexe mit besonderer Berücksichtigung seiner traumatischen Ätiologie. Inaug.-Diss., Kiel 1913. 31 S. (S. 218*.)

64. *Moravcsik, G. E.* (Budapest), Über Morphinismus. Wiener med. Wschr. Jahrg. 64, Nr. 43, S. 2253. (S. 218*.)

65. *Munro, J. M. H.*, Veronal poisoning: recovery from 125 grains. British med.-journ. nr. 2781.

66. *v. Muralt, L.* (Davos), Ein Fall von akuter Psychose bei chronischer Trional-Veronal-Vergiftung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 2, S. 122. (S. 220*.)

67. *Mysliveček, Z.* (Prag), Über Verlaufseigentümlichkeiten bei Delirium tremens. Čas. česk. lék. vol. 53, p. 1368. (Böhmisch.)

68. *Neff, J. H.* (Foxborough Mass.), The modern treatment of inebriety. Boston med. and surg. journal vol. 171, nr. 6, p. 224. (S. 218*.)

69. *Neve, G.*, Om kroniske Alkoholpsykoser. Hospitalstidende nr. 2.

70. *Orr, D.*, and *Rows, R. G.* (Rosslyn Lee Asylum, Midlothian), Further observations on the influence of toxins on the nervous system. (Proceedings of the Royal Soc. of med. vol. VII, p. 21—31.) Journ. of mental science vol. 60, nr. 249, p. 184.

71. *Perelmann, Alex.*, De la dipsomanie. L'Encéphale nr. 6.



72. *Petit*, *G.*, Considérations sur l'influence de l'abus du tabac chez les enfants et les jeunes gens. L'Enfance anormale nr. 27, p. 149.

73. *von der Porten*, *E.*, Zur Behandlung des Delirium tremens mit Veronal. Münch. med. Wschr. Nr. 21, S. 1179.

74. *Pürckhauer*, *R.*, u. *Mauß*, *Th.* (Dresden), Ein Fall von Polyneuritis mit *Korsakoff*scher Psychose nach Neosalvarsan mit letalem Ausgang. Münch. med. Wschr. Nr. 8, S. 423. (S. 220*.)

75. *Rainsford*, *F. E.*, On a case of „Pellagra“ in an insane patient. (Clinical notes and cases.) The Journ. of mental science nr. 248, p. 98.

76. *Remertz*, *O.* (Köln), Morphinismus und Entmündigung. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 3, S. 943. (S. 219*.)

77. *Rezzo*, *Alberto* (Lucca), Contributo clinico allo studio delle forme paranoidi alcooliche. Riv. speriment. di fren. vol. 40, 786 et fasc. 4.

78. *Röper*, *E.* (Jena), Alkoholismus bei Frauen. D. med. Wschr. Nr. 18, S. 910. (S. 215*.)

79. *Rosenberg*, *J.* (Pseudonym), Familiendegeneration und Alkohol. Die Amberger im 19. Jahrhundert. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 22, H. 2, S. 133.

80. *Rossi*, *O.*, On the aetiology of pellagra and its relation to psychiatry. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 939.

81. *Rühl*, *K.* (Turin), Die neuen Lehren über die Ätiologie der Pellagra. Rivista ospedalier no. 12.

82. *Russel*, *E.*, u. *Parker*, *G.*, Ein tödlicher Fall von Veronalvergiftung. British med. journ. nr. 2781 (Apr. 18th).

83. *Scharnke* (Straßburg i. E.), Zur Behandlung des Delirium tremens Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 717. (S. 216*.)

84. *Scharnke* (Straßburg i. E.), Zur Behandlung des Delirium tremens Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 1122. (S. 216*.)

85. *Schneider*, *K.* (Köln), Zur Behandlung des Delirium tremens Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 930, Nr. 24, S. 1343. (S. 216*.)

86. *Schultz*, *Erich*, Zur Entstehung der Paranoia chronica im Gefolge des Alkoholismus und ihre forensische Bedeutung. Inaug.-Diss. Kiel. 14 S. (S. 215*.)



87. *Schwalbe, I.* (Berlin), Alkohol im Felde. D. med. Wschr. Nr. 47. S. 1988.

88. *Shufeldt, R. M.* (Washington D. C.), Cases of sexual mania in middle aged men, associated with alcoholism. Pacific medical journal LVII, nr. 1, p. 30, nr. 2, p. 108, nr. 3, p. 163.

89. *Siler, J. F., Garrison* u. *Mc Neal* (New York), Weitere Studien der *Thompson-Mc Fadden* Pellagra-Commission The Journ. of American med. ass. Sept. 26th.

90. *Souper, N. R.*, Veronal poisoning: recovery after 100 grains. British med. journ. nr. 2784.

91. *Spitzig, R. L.*, A new and logical treatment for alcoholism. The Journ. of the American med. ass. vol. 62, p. 193.

92. *Stoos*, Vom Trinken. Arch. f. Kriminalanthropol. u. Kriminalistik Bd. 57, H. 4.

93. *Strasser, Vera* (Zürich), Nervöser Charakter, Disposition zur Trunksucht, und Erziehung. Ztschr. f. Pathopsychol. Erg.-Bd. 1, S. 204.

94. *Strasser-Eppelbaum, Vera* (Zürich), Zur Psychologie des Alkoholismus. Schriften des Vereins für Individualpsychologie Nr. 5. Ergebnisse exper. u. individualpsychol. Untersuchungen. München. E. Reinhardt. 52 S. — 1,50 M.

95. *Strasser-Eppelbaum, Vera* (Zürich), Studie über das Assoziationsexperiment mit besonderer Berücksichtigung der Alkoholiker. Ztschr. f. Pathopsychol. Erg.-Bd. 1, S. 185.

96. *Stubbe* (Kiel), Kant und der Alkohol. Alkoholfrage Jahrg. 10, H. 3, S. 193.

97. *Stuchlík, Jar.* (Zürich), Über die *Forel*sche Theorie von blastophthorischer Wirkung des Alkohols. Revue v neuropsychopath. vol. 11, p. 242. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 11, H. 2, S. 219.

98. *Stuchlík, Jar.* (Zürich), Über die De- und Regeneration in den durch Alkoholismus belasteten Epileptikerfamilien. Revue v neuropsychopath. vol. 11, p. 244. (Böhmisch.) (S. 216*.)

99. *Tetzner, R.* (Schkeuditz), Über Vergiftungen durch nitrose Gase. Med. Klinik Nr. 17.

100. *Theilhaber, A.* (München), Der Zusammenhang zwischen Er-



nährungs- und Getränkereform und die nationale Bedeutung dieser Reformen. Wiener klin.-therap. Wschr. Nr. 12 u. 13.

101. *Tisson*, *H. H.*, and *Schönberg*, *M. J.* (New York), Inhalation of Methylalcohol. The Journ. of American med. ass. nr. of sept. 12th.

102. *Tscharnetzki*, *F. F.*, Beiträge zur Frage über den Alkoholismus in Moskau. *Korsakow*sches Journal für Neuropathologie u. Psychiatrie 1913, Nr. 2. (Russisch.) (S. 216*.)

103. *Tuwim*, *R. J.* jun. (Petersburg), Zur Frage der Pathogenese und Therapie des chronischen Alkoholismus. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 3, S. 970.

104. *Vallon* et *Bessière*, *R.*, Les troubles mentaux d'origine cocaïnique. L'Encéphale no. 2, p. 136. (S. 219*.)

105. *Voegtlin*, *C.* (Washington), Treatment of pellagra. Journ. of American med. ass. nr. of sept. 26th.

106. *Vogel*, *M.*, Zur psychologischen Betrachtungsweise der Alkoholfrage. Neutr. Gutt. Nr. 3, S. 41.

107. *Vogelius*, *Fr.* (Kopenhagen), Dyspepsie bei chronischem Alkoholismus. Hospitalstid. nr. 23.

108. *Wada* (Japan), Zur Kenntnis der *Korsakoff*schen Psychose in Japan nebst einem Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, S. 74.

109. *Waldschmidt*, *J.* (Nikolassee-Berlin), Über die bestehende Möglichkeit zur Unterbringung trunksüchtiger Personen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jahrg. 11, S. 315 (S. 218*.)

110. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Entwicklung und Erziehung der Jugend während der Pubertätszeit. Sämannsschriften H. 7 (1913), p. 11. (S. 215*.)

111. *Willeke*, *P.*, Entwicklung und Bedeutung der Trinkerfürsorge. Hamm i. Westf., Breer & Thiemann. 92 S. — 1,80 M.

112. *Wlassak*, *R.*, E. Bertholets Untersuchungen über die Wirkungen des chronischen Alkoholismus. Int. Mtschr. Nr. 5, S. 156.

113. *Woods*, *H.*, Wood-alcohol blindness. The journal of the American medical association Bd. 60, Nr. 23.

114. *Zetlin*, *S.*, Ein Fall von Bromuralismus. Obosrenje Psychiatric 1913, Nr. 3. (Russisch.) (S. 220*.)



a) Alkoholismus.

Weygandt (110) betont die Gefährlichkeit des Alkohols in der Pubertätszeit. Während kein Zweifel mehr darüber besteht, daß für Kinder der Alkohol immer schädlich ist, werden in der Lehrlingszeit und den oberen Gymnasialklassen von den Erziehern mancherlei Konzessionen gemacht. In der Regel wird der Trunk in mäßiger Weise bewilligt, aber vielfach schon recht unmäßig geübt. Und doch werden die von der Natur gegebenen Eigentümlichkeiten des Entwicklungsalters: Lockerung des Vorstellungszusammenhanges, Reizung der Phantasie und Weckung der Sexualempfindung, durch Alkoholzufuhr gesteigert. Die Kriminalstatistik lehrt, daß der Hang zum Verbrechen bei Jugendlichen unverkennbar im Zunehmen begriffen ist, und zwar besonders die Gewalttätigkeitsverbrechen. In dieser Hinsicht wird nun gerade die jugendliche Impulsivität durch die erregende Wirkung des Alkohols gesteigert. Deshalb muß auch in den Entwicklungsjahren die Jugend alkoholfrei bleiben.

Frowein (34) teilt die Krankengeschichten von 10 Patienten mit, die an akuter Alkohol-Halluzinose litten. Das hervorstechendste Symptom sind die Gehörstäuschungen. Daneben besteht häufig Gedankenlautwerden. Etwa bei der Hälfte der Fälle ließen sich Gesichtstäuschungen feststellen, 2mal war der Geruch, 1mal der Geschmack beteiligt. Die Wahnideen sind am häufigsten Verfolgungsideen; auch Eifersuchtsideen und Beziehungswahn sowie Erklärungswahn kommen vor. Größenideen sind selten. Der Affekt ist meist ängstlich; Bewußtsein und Orientierung ungestört. Die Dauer der Erkrankung schwankte zwischen 9 Tagen und 2 Monaten. Die Prognose ist gut. Ferner wird ein Fall von chronischer Alkohol-Halluzinose mitgeteilt, der nach 1½jähriger Dauer keine Neigung zur Besserung zeigte.

Röper (78): Alkoholismus bei Frauen ist in Deutschland verhältnismäßig selten. Die trinkenden Frauen, die geistig erkranken, sind größtenteils psychopathische Individuen. Ihre Minderwertigkeit ist nicht durch den Alkoholismus bedingt, sondern der Alkoholismus ist ein Zeichen ihrer psychischen Abnormität. Die schweren Formen alkoholistischer Geistesstörung entstehen nicht ohne endogenen Faktor. Dieser besteht in den meisten Fällen in einer angeborenen geistigen Minderwertigkeit, er kann aber auch erworben sein, vor allem durch schwere Schädeltraumen oder erschöpfende Krankheiten.

Baecker (3) hat 84 Krankengeschichten von 56 Frauen bearbeitet, die während der Zeit vom 1. Oktober 1901 bis Anfang Mai 1912 in der Kieler psychiatrischen Klinik wegen Alkoholismus aufgenommen wurden. Schnaps war von 45 Frauen getrunken worden, Bier von 30, Wein von 17. Unter den Ursachen der Trunksucht spielt die Erblichkeit eine große Rolle. In 42,9% der Fälle fand sich Trunksucht in der Familie, Geistes- und Nervenkrankheiten in 32,1%. Mit einer ererbten oder angeborenen Schwäche behaftet waren 53,5%. Unter den 84 Aufnahmen befanden sich 13 akute Psychosen, davon 10 Fälle von Delirium tremens, 2 Fälle von Delirium gingen in *Korsakow*sche Psychose über.

Schultz (86) teilt die Krankengeschichte eines Mannes mit, der wegen Paranoia mit lebhaften Sinnestäuschungen wiederholt in die Psychiatrische Klinik zu Kiel aufgenommen wurde. Da Heredität oder starke Gemütsbewegungen als Ursachen



nicht in Betracht kommen, wird der zweifellos vorliegende chronische Alkoholismus als Hauptursache für die Entstehung der Psychose angenommen.

Stuchlik (98) kommt, auf Grund zahlreicher Familiengeschichten, zum Schlusse, daß es sich beim Alkoholismus um derartige blastophthorische Wirkung handeln kann, die nur die erste Filialgeneration betrifft; auf weitere Generationen — insofern es sich in vorangehenden Generationen um Individuen handelt, bei welchen man normale Entwicklung genetischer Zellen annehmen kann — erstreckt sich die genannte Wirkung nicht. — Die zweite Generation bei normalem Leben einzelner Mitglieder zeigt nur geringe Morbidität; nur die Nachkommen epileptischer, imbeziller und dergl. Vorfahren zeigen einen intensiveren Einfluß der Heredität. Alkoholismus in der zweiten und in folgenden Generationen wirkt aber sehr intensiv und verursacht absolute Degeneration bzw. Aussterben der Familie. Die Regeneration ist bei abstinenten Nachkommen, die Degeneration bei trinkenden Nachkommen die Regel. (*Stuchlik*-Zürich.)

Scharnke (83) hält die Behandlung des Delirium tremens mit Dauerbädern für unzweckmäßig. Dagegen behandelt er jeden Fall mit einem Digitalispräparat, am besten 3mal täglich 20 Tropfen Digalen innerlich. Alkohol als Stimulans hält er für entbehrlich, empfiehlt aber, Medikamente (Digalen, Veronal) in geringen Mengen von Alkohol zu reichen. Größere Mengen von Alkohol hält er in denjenigen schweren Fällen für indiziert, in denen jede Nahrungsaufnahme verweigert wird und sich die Zuführung von Kalorien in irgendwelcher Form als notwendig erweist.

Schneider (85) widerspricht diesen Ausführungen. In der Psychiatrischen Klinik der städtischen Krankenanstalt Lindenburg zu Köln wurden im Jahre 1913 alle 31 Deliranten mit Dauerbädern ohne Alkohol und ohne Schlafmittel behandelt, ohne daß ein Todesfall vorkam. Man muß dem Kranken möglichste Bewegungsfreiheit lassen. Die freie Bewegung im Baderaum ist besser als die Rückkehr zum Isolierraum.

Scharnke (84) wendet dagegen ein, daß das Herumlaufenlassen im Baderaume durch die Möglichkeit des Ausgleitens gefährlich und für andere Insassen des Dauerbades sehr lästig ist. Er hält daher das Isolierzimmer für das geringere Übel.

Tscharnetzki (102) schildert die an die Moskauer Polizeianstalten angeschlossenen Räume für die auf den Straßen aufgelesenen trunkenen Personen. Gewöhnlich werden hier die Trunkenen über Nacht behalten. Im Jahre 1909 betrug die Zahl der hier Beherbergten 54 330, zwei Jahre später stieg sie auf 65 931. Das macht $^1/_{24}$ der Moskauer Bevölkerung aus, während sich die entsprechenden Verhältnisse in Berlin wie 1 : 369, in Wien 1 : 1020, in Paris 1 : 16 962 gestalten. Die Schilderung der Räume, des darin herrschenden Schmutzes und der sich darin abspielenden Szenen ist geradezu grauenerregend. Der Verf. tritt für die Abschaffung dieser Einrichtungen und für Schaffung solcher Asyle für Trunkene ein, die in organischer Verbindung mit Sanatorien und Ambulanzen für Alkoholiker stehen und von spezialistisch vorgebildeten Ärzten geleitet werden. (*Fleischmann*-Kiew.)

Benoit (4) erörtert die Alkoholikerfürsorge mit [illegible]derer Berücksichtigung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [illegible] des Vor[illegible] zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch. Er hält d[illegible]sucht [illegible]in Laster noch [illegible]



eine Krankheit, sondern für eine Erscheinung in dem gewaltigen Prozeß der Degeneration. Immer deutlicher wird die Trunksucht als Ursache der Degeneration und dadurch indirekt des Alkoholismus in den folgenden Generationen erkannt. Der Alkoholismus macht in den meisten Fällen das degenerierende Individuum erst sozial unbrauchbar, er ist aber auch derjenige Punkt, an dem der Circulus vitiosus am ehesten durchbrochen werden kann. Jeder Alkoholiker ist eine Gefahr und eine Last für die Gesellschaft, in der er lebt, und er wird auch meistens kommenden Geschlechtern zum Verhängnis. Deshalb ist die Bekämpfung der Trunksucht eine der dringendsten und aussichtsreichsten Aufgaben der Rassenhygiene. Meistens entwickelt sich die Trunksucht auf dem Boden irgendeiner angeborenen oder erworbenen geistigen oder körperlichen Schwäche. Als das wesentliche Moment der Trunksucht wird die Unfähigkeit bezeichnet, alkoholische Getränke in relativ mäßigen Mengen zu genießen; dabei kann eine pathologische Überempfindlichkeit (Intoleranz) bestehen oder fehlen. Die wesentliche Aufgabe der Alkoholikerbehandlung besteht darin, den Trunksüchtigen zu der Erkenntnis zu bringen, daß er dauernd abstinent leben muß, und ihm zu zeigen, daß er es auch kann. Die lebenslängliche Enthaltsamkeit von allen alkoholischen Getränken ist der einzige Weg zur Rettung der Trunksüchtigen. Die Wirkung des Alkohols auf das Nervensystem ist wesentlich lähmender Art und entspricht einer in die Länge gezogenen Chloroform- oder Äthernarkose. Der Süchtige begeht, auch ohne berauscht zu sein, triebhafte Handlungen aller Art, namentlich auch Verbrechen. In der Schweiz konnten 1892 etwa $^1/_3$ bis $^2/_5$ aller Verbrechen mit Trunk in Verbindung gebracht werden. Bei den Arbeitshäuslern wirkte Trunk in $^3/_4$ bis $^4/_5$ der Fälle mit. In den Korrektionshäusern sind vor allem Gewohnheitstrinker. Im Jahrfünft 1892—1896 betrug der Anteil des Alkoholismus an den Vergehen und Verbrechen gegen die öffentliche Ordnung 54,8%, an den Vergehen und Verbrechen gemeingefährlicher Art 33,7%. Die meisten berufsmäßigen Landstreicher sind trunksüchtig und abnorm; ihnen gegenüber versagt die Methode immer wiederholter Freiheitsstrafen vollständig. Die Ausgaben für alkoholische Getränke betragen in der Schweiz jährlich 300 bis 400 Millionen Franken, also etwa 100 Franken auf den Kopf der Bevölkerung. An Alkoholismus starben in der Schweiz jährlich 1570 Männer und 289 Frauen, also 1859 Erwachsene. Jeder 13. tödliche Unglücksfall erfolgt in berauschtem Zustande. Bei fast einem Drittel der Selbstmorde mit bekannter Ursache war 1896 Alkoholismus im Spiel. In Genf waren 1901 bis 1910 ein Drittel der geschiedenen Ehemänner trunksüchtig. In der Schweiz gibt es ungefähr 30 000 Geisteskranke. In den kantonalen Irrenanstalten litten 1901—1905 21,2% der Männer und 3,8% der Frauen an alkoholischen Geistesstörungen. Die Hälfte der Alkoholiker war erblich belastet. Ein Drittel aller Alkoholiker wurde in die Irrenanstalten erst eingeliefert, nachdem die Krankheit schon mehr als 5 Jahre gedauert hatte. Im Interesse der Trunksuchtsbekämpfung wird eine gründliche Reform der kantonalen Wirtschaftsgesetzgebung verlangt. Besondere Trunksuchtsgesetze werden nicht für notwendig gehalten. Das schweizerische Zivilgesetzbuch verpflichtet die Behörden zu fürsorgerischem Eingreifen. Jeder ausgesprochen Trunksüchtige kann entmündigt werden mit der Möglichkeit nachheriger Einweisung in eine Trinkerheilanstalt. Der Vor-

entwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch enthält wertvolle Neuerungen, vor allem die Einweisung in eine Trinkerheitanstalt mit Strafaufschub und den bedingten Straferlaß bei Abstinenzverpflichtung. Zur zweckmäßigen Behandlung der Trunksucht ist ärztliche Untersuchung und Erziehung zur Abstinenz und zur Arbeit erforderlich. Unheilbare Trinker müssen zu ihrem eigenen und der Gesellschaft Schutz dauernd in einer geschlossenen Anstalt versorgt werden. Zur Durchführung der Alkoholikerfürsorge sind Trinkerfürsorgestellen unentbehrlich. Sie müssen allgemeines Vertrauen genießen und mit Behörden, Anstalten und den übrigen Fürsorgebestrebungen in ständiger Fühlung stehen.

Neff (68) verlangt zur wirksamen Behandlung der Trunksucht Anstalten, die über genügende Ländereien zur landwirtschaftlichen Beschäftigung und über Einrichtungen zur ausgiebigen Beschäftigung in Werkstätten verfügen und außerdem die Trennung der frischen Fälle von den schwereren und den hoffnungslosen ermöglichen. Außerdem ist Überwachung und Behandlung der Trinker erforderlich, die keine Anstaltsbehandlung brauchen, und eine ärztliche Überwachung der Gefängnisse.

Waldschmidt (109) bespricht „die bestehenden Möglichkeiten zur Unterbringung trunksüchtiger Personen". Es gibt in Deutschland 46 Trinkerheilanstalten oder Spezialanstalten für Alkoholkranke, wie sie besser benannt werden sollten, mit 1904 Betten. Mit einer einzigen Ausnahme sind sie offene Anstalten. Dringend erforderlich ist die Schaffung einer gesetzlichen Möglichkeit zur schleunigen Unterbringung. In allen Trinkerheilstätten ist die Durchschnittsdauer des Aufenthaltes, wenn sie von den Pfleglingen selbst bestimmt wird, zu kurz. Auch die Angehörigen neigen in den meisten Fällen dazu, den Aufenthalt zu früh abzubrechen. Die Trinkerheilanstalten sollten als Krankenanstalten angesehen und unter psychiatrische Leitung gestellt werden. Jede Trinkerheilstätte soll zudem den Ausgangspunkt für eine erweiterte Trinkerfürsorge, ein festes Bollwerk im Kampfe gegen die Trunksucht bilden.

b) *Korsakow*sche Psychose.

Meyer (63) berichtet über einen Fall von *Korsakow*scher Psychose mit traumatischer Ätiologie. Eine 47jährige Frau erlitt durch Sturz von der elektrischen Straßenbahn eine Schädelbasisfraktur. Nach zweitägiger Bewußtlosigkeit trat ein Zustand von leichter Benommenheit mit deliranter Unruhe ein. Sie war über Ort und Zeit desorientiert und zeigte große Gedächtnisdefekte. Diese Gedächtnislücken suchte sie durch Konfabulation auszufüllen.

c) Morphinismus.

Moravcsik (64) gibt eine kurze, aber doch gründliche Darstellung der jetzt herrschenden Anschauungen über den Morphinismus. Unter den mitgeteilten eigenen Beobachtungen ist ein Fall von Morphinismus, der vollkommen den Eindruck der progressiven Paralyse machte.

König (53) hält die ungünstige Prognose, die von den meisten Ärzten dem chronischen Morphinismus gestellt wird, nicht in allen Fällen für gerechtfertigt.



Er teilt die Kranken in drei Gruppen ein: 1. Kranke mit chronischen, schmerzhaften Erkrankungen, wie Tabes, Neuralgien und schmerzhaften peritonealen Verwachsungen, 2. solche, die wegen einer akuten, schmerzhaften Erkrankung zum Morphium gegriffen und nicht wieder davon gelassen haben, z. B. Kranke mit Gallen- oder Nierensteinen, und schließlich 3. solche, die, ohne körperlich krank zu sein, ohne physische Schmerzen zu haben, zur Beseitigung psychischer Unlustgefühle oder zur Erzielung von Schlaf zum Morphium gegriffen haben. Für die zweite Gruppe ist die Prognose relativ günstig zu stellen. Von den 11 beobachteten Fällen dieser Gruppe blieben mindestens 20% dauernd geheilt.

Remertz (76) erörtert die Schwierigkeiten, die jetzt der erfolgreichen Bekämpfung des Morphinismus in den meisten Fällen entgegenstehen, und wünscht, daß eine gesetzliche Bestimmung geschaffen würde, nach der es möglich wäre, eine Entmündigung auszusprechen über Menschen, die infolge gewohnheitsmäßigen Mißbrauches von Nervengiften sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes preisgeben oder die Sicherheit anderer gefährden, damit beizeiten gegen den Morphiumsüchtigen, bevor er zum chronischen Morphinisten geworden ist, vorgegangen werden könnte.

Dominick (23) teilt zwei Fälle von Morphiumentziehung mit, bei denen psychotische Erscheinungen während der Entziehung beobachtet wurden. In dem einen Falle trat Ernährungsverweigerung und gereizte Stimmung auf, wohl das Bild einer Hysterie, die bei einer von Haus aus psychopathisch veranlagten Person durch die Morphiumentziehung zum Ausbruch kam. Bei der andern Patientin, die durch eine stets nervenkranke, leicht aufregbare Mutter erblich belastet war, trat in der 8. Woche der Entziehungskur ein Zustand von zunehmender Verstimmung und innerer Unruhe ein. Sie wurde schwer besinnlich, auffallend desorientiert und geriet in einen deliranten Zustand. Nach etwa einer Woche kehrte das Bewußtsein zur Norm zurück, aber erst nach weiteren 7 Wochen trat eine erhebliche Besserung im Schlaf und Allgemeinbefinden ein.

d) Andere Gifte.

Vallon und *Bessière* (104) berichten über Geistesstörungen nach Kokainmißbrauch. In Frankreich hat seit einigen Jahren die Verbreitung des Kokainismus sehr zugenommen. Die meisten Kokainisten waren vorher schon Morphinisten. Der Kokainrausch verläuft ebenso verschiedenartig wie der Alkoholrausch. Meistens lassen sich zwei Stadien unterscheiden, das erste mit vermehrtem Kraftgefühl und Bewegungsdrang, das zweite mit angenehmen Träumen bei motorischer Ruhe. Der chronische Kokainismus ruft einen Zustand hervor, der dem chronischen Alkoholismus ähnlich ist. Die Träume der Kokainisten gehen leicht in Halluzinationen über. Von Kokainpsychosen gibt es 2 Formen. Entweder entwickeln sich in chronischem Verlaufe Sinnestäuschungen und Wahnideen, besonders Verfolgungs- und Eifersuchtsideen, seltener hypochondrische und Größenideen, oder es treten akute Erregungszustände mit gänzlicher Verwirrtheit und schreckhaften Sinnestäuschungen auf.

Grafe und *Homburger* (40) berichten über die Krankheit eines 45jährigen



Mannes, der in einer chemischen Fabrik täglich etwa 1600 l Nitrobenzol abzufüllen hatte. Er erkrankte mit Bewußtlosigkeit, Zuckungen, äußerst erweiterten Pupillen, beschleunigtem und unregelmäßigem Puls. Am folgenden Tage Abgespanntheit, Kopfschmerzen und Teilnahmlosigkeit. Es blieb apathisches, teilnahmloses Wesen und schwere Störung der Merkfähigkeit, so daß er sich an Erlebnisse am folgenden Tage nicht mehr erinnern konnte.

Hirsch (46) berichtet über 7 Kranke, die langdauernder Bleieinwirkung ausgesetzt waren. Sie klagten über Kopfschmerzen, morgendliches Erbrechen und Leibschmerzen. Es bestand depressiver Stimmungszustand, leichte Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit. Außer Bleisaum, erhöhten Patellarreflexen, Händezittern und Dermographismus fehlte jeder somatische Anhaltspunkt. Indifferente Therapie hatte schnellen Heilerfolg.

Boveri (9) untersuchte bei Kranken, die an chronischer Bleivergiftung litten, ohne Symptome von Meningitis zu zeigen, die Zerebrospinalflüssigkeit und fand Drucksteigerung, Erhöhung des Eiweißgehaltes und Vermehrung der weißen Blutkörperchen.

Friedmann (33) beobachtete bei 8 Postbeamten Quecksilbervergiftung. Zwei von ihnen boten schwere nervöse Störungen, die sich im Verlauf einiger Jahre bis zur dauernden Dienstunfähigkeit steigerten. In dem einen Falle bestand große seelische Erregbarkeit. Aus kleinsten Anlässen entstanden Ausbrüche wilder Verzweiflung mit heftigem Weinen, Zittern am ganzen Körper, sinnlosen Anklagen gegen sein Schicksal, seine Umgebung, die Postverwaltung und mit Selbstmordgedanken. Ebenso plötzlich trat dann Beruhigung ein mit mangelhafter Erinnerung an den Erregungszustand.

Pürckhauer und *Mauß* (74): Eine 57jährige Frau wurde wegen Tabes dorsalis mit intravenösen Infusionen von Neosalvarsan behandelt. Nach der 2. Infusion von 0,45 Neosalvarsan trat Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln, Nystagmus und rasch zunehmende motorische Schwäche auf; dabei hochgradige Störung der Merkfähigkeit, Gedächtnisschwäche besonders für Jüngstvergangenes und mangelhaftes Orientierungsvermögen bei ruhigem und geordnetem Verhalten und relativer Krankheitseinsicht. Nach 17 Tagen Exitus letalis.

v. Muralt (66) beobachtete einen erblich belasteten, jüdischen Kaufmann, der 15 Jahre lang Schlafmittel nahm, in den letzten 3 Jahren etwa 300 g Veronal und 600 g Trional. Es trat ein dem Delirium tremens ähnlicher Zustand mit Sinnestäuschungen des Gehörs und Gesichtes auf, vorwiegend schreckhafter Art. Starker Tremor und Muskelunruhe bei Erhaltung der Muskelkraft und der groben Koordinationen. In 3 Tagen klang das Delir ab, und nach einem freien Zwischenraum von weiteren 3 Tagen traten motorische Anfälle von *Jackson*schem Typus auf. Es entwickelte sich rasch ein Status epilepticus bei erhaltenem Bewußtsein, der unter Behandlung mit Amylenhydrat und Bromnatrium in 3 Tagen heilte.

Über einen Fall von Bromuralismus berichtet *Zetlin* (114). Eine aus einer neuropathischen Familie stammende Patientin, die auch gegen ungünstige Verhältnisse schwer zu kämpfen hatte, nahm zur Beschwichtigung ihrer Angstzustände regelmäßig Bromural ein, und zwar zunächst 3—4, später aber 20—30



Tabletten pro die. Nach diesen Bromuralgaben fühlte sie sich vortrefflich, sie konnte arbeiten, geistreich sein, sie spürte Tatendrang usw. Dagegen schien es ihr, daß sie ohne Bromural nicht leben könnte. Nach zwei Jahren solcher Lebensweise begann Pat. sich schläfrig und betäubt zu fühlen und mußte die Bromuraldosen immer mehr steigern. Es zeigte sich ein Hautausschlag, der sich zu einem Bromoderma pustulo-tuberosum vegetans entwickelte. Pat. wurde dann in eine Anstalt aufgenommen, in der Bromural sofort ausgesetzt wurde. Es wurde zunächst Bromnatrium und später Kochsalz verabreicht. In der ersten Zeit hatte Pat. stark gelitten. Später erholte sie sich unter einer allgemeinen roborierenden und psychotherapeutischen Behandlung. (*Fleischmann*-Kiew.)

Kolossow (55) beobachtete 12 Fälle von seelischen Störungen, die durch Ergotismus hervorgerufen waren. Auf Grund der Analyse seiner Fälle und der in der Literatur angegebenen Tatsachen kommt Verf. zu dem Schluß, daß diese bei Ergotinvergiftungen ziemlich häufige Komplikation auch bei solchen Personen entstehen kann, bei denen weder hereditäre Belastung vorliegt noch Lues oder Alkoholismus vorangegangen sind. Besonders häufig werden jüngere Leute betroffen. Das klinische Bild wechselt je nach der Schwere der Vergiftung und dem Grade der Empfindlichkeit des erkrankten Individuums gegen das betreffende Gift. Der Inhalt der seelischen Störung ist sehr verschieden und keineswegs irgendwie typisch, so daß von einer charakteristischen Ergotinpsychose nicht die Rede sein kann. Die ersten Zeichen der Psychose können bereits in der ersten Krankheitswoche auftreten. Plötzlich einsetzende Psychosen gehen sehr oft rasch vorüber. In den meisten Fällen ist die seelische Störung mit objektiven Veränderungen seitens des Nervensystems verbunden. (*Fleischmann*-Kiew.)

Burr (11) beobachtete bei einem 14jährigen Knaben eine Ptomainvergiftung durch konservierten Lachs mit epileptiformen Anfällen und zerebellarer Ataxie, nach der dauernder Schwachsinn zurückblieb.

---

8. Neurosen und Schilddrüsenerkrankungen.

Ref.: E. Schütte-Lüneburg.

1. *Abbot, Stanley, E.* (Waverley, Mass.), A case of pure psychic epilepsie. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 7, p. 426. (S. 247*.)
2. *Adler, A.* (Wien), Zur Kinderpsychologie und Neurosenforschung. Wien. klin. Wschr. Nr. 27, S. 511.
3. *Aimé, H.*, Quelques modes actuels de traitement des crises épileptiques et conjectures sur la théorie dialytique de leur mécanisme. Le progrès méd. no. 1, p. 1.



4. *Allers*, *R.* (München), Die Bewertung der Befunde der Gesamtstickstoffausscheidung beim Epileptiker im Intervall. Bemerkungen zu der gleichen Arbeit von *W. Tintemann.* Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 3, S. 291.

5. *Alter*, *W.*, und *Thumm*, *M.* (Lindenhaus), Epilepsie und Kochsalz. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 20, S. 231 u. Nr. 21/22, 237. (S. 246*.)

6. *Ammann*, *R.* (Aarau), Untersuchungen über die Veränderungen in der Häufigkeit der epileptischen Anfälle und deren Ursachen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 5, S. 617. (S. 245*.)

7. *d'Antona*, *Serafina*, Contributo all' anatomia della corea di *Huntington.* Riv. di patolog. nerv. e ment. vol. 19, nr. 6.

8. *Anton*, *G.* (Halle), Die operative Beeinflussung der Entwicklungsstörungen des Gehirns, besonders bei Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 1, S. 98. (S. 249*.)

9. *Antoni* (Heidelberg), Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatosen bei Hysterie. Münch. med. Wschr. Nr. 27, S. 1513.

10. *Aronsohn*, *O.* (Berlin), Der psychologische Ursprung des Stotterns. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. 11, H. 1. Halle, C. Marhold. 24 S. — 1 M.

11. *Arsimoles*, *L.* (Braqueville), Confusion mentale et syndrome de *Korsakoff* à forme amnésique pure dans un cas de chorée rhumatismale. Ann. médico-psychol. 72[e] ann. no. 5, p. 563.

12. *Arsimoles* et *Legrand* (Saint-Venant), Troubles mentaux et maladie de *Basedow.* Ann. médico-psych. no. 2, p. 154.

13. *Auer*, *E. Murray* (Kalamazoo), The psychical manifestations of the glands of internal secretion. The American journ. of insanity vol. 71, no. 2, p. 405.

14. *Auerbach*, *S.*, und *Großmann*, *E.* (Frankfurt a. M.), Über operative Epilepsiebehandlung. Epilepsie Bd. 5, S. 187.

15. *Austregésilo*, *A.* (Rio de Janeiro), Hysterie und das hysteroide Syndrom. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg. nr. 171.

16. *Barakov* (Sofia), Beitrag zur Therapie der Epilepsie. Lyečn. Vijesn. 36, 509.

17. *Barkan*, *Hans* (San Francisco), On the simultaneous occurrence and interrelation of *Basedow*'s disease and tabes. Boston med. and surg. journ. 170, 937.



18. *Barness*, *Edw. Georges*, Affectiv affectivity, emotion, as the cause of various neurasthenic bodily diseases. New York med. journ. vol. 99, nr. 14.

19. *Bauer*, *J.* (Innsbruck), Die Beziehungen der Hypophyse zur Wärmeregulation. Wiener med. Wschr. Nr. 24.

20. *Beling*, *C. C.* (Newark), A case of Amyotonia congenita. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 4, p. 220.

21. *Benders*, *A. M.*, Ein Beitrag zum Kapitel der tonischen Krämpfe. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 58 II, 1078.

22. *Berghan*, *Heinr.*, Zur Kenntnis der Hypophysenstruktur bei Akromegalie. Inaug.-Diss. Marburg.

23. *Bergmann*, *W.*, Selbstbefreiung aus nervösen Leiden. Freiburg i. B., Herder. 299 S. — 3,30 M.

24. *Berillon*, Les neurasthénies d'origine syphilitique. Gaz. méd. de Paris no. 244, p. 101.

25. *Berliner*, *M.*, Fall von hysterischer Monoplegie. Wien. klin. Wschr. Nr. 26.

26. *Bernhardt*, *W.* (Berlin), Beitrag zur Lehre von der Errötensfurcht (Ereuthophobie). Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 1400.

27. *Besgmark* (Upsala), Zur Symptomatologie der zerebralen Lähmungen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 1 u. 2.

28. *Biesalski*, *K.*, Orthopädische Behandlung der Nervenkrankheiten. Jena, G. Fischer. 166 S. — 5 M.

29. *Bikelas*, *G.*, und *Zbyszewski*, *L.*, Die Erregbarkeit der Großhirnrinde und Auslösbarkeit von Rindenepilepsie unter Einfluß von Schlafmitteln, wie nach Verabreichung größerer Bromgaben. Pflügers Arch. Bd. 158, H. 3—5.

30. *Bingler*, *Kurt* (Berlin), Ein kritischer Beitrag zur Frage: „Können durch myalgische Herde in der Hals- und Schultermuskulatur neurasthenischer Kopfschmerz, neurasthenischer Schwindel und Migräne verursacht werden?“ Neurol. Ztlbl. Nr. 10, S. 619.

31. *Blank*, *Wilhelm*, Ein Beitrag zur Lehre vom Infantilismus mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Schilddrüse. Inaug.-Diss. München.

32. *Blüwstein*, *M.* (Basel), Zur Frage der Beziehungen der Epithelkörperchen zur Paralysis agitans. Wiener klin. Rundsch. Nr. 27, S. 399.



33. *Bodenstein*, *J.* (Gastein), Über eine wohlbekömmliche Brombehandlung neurasthenischer Beschwerden, insbesondere der nervösen Schlaflosigkeit. D. med. Wschr. Nr. 4, S. 181.

34. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Die Erklärung der Erscheinungen bei der Epilepsie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, S. 56. (S. 243*.)

35. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Über Wesen und Behandlung der genuinen Epilepsie. Wien. klin. Wschr. Nr. 28.

36. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Hemiplegia alterans nach Alkoholinjektion in das Ganglion *Gasseri*. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. 1, Nr. 25.

37. *Brandt*, *Hanna*, Über die Beziehungen zwischen Morbus *Basedowii* und Tuberkulose. Inaug.-Diss. Jena.

38. *Brdlík*, *J.* (Prag), Adipositas hypophyseo-genitalis. Cas. česk. lék. 53, p. 368. (Böhm.)

39. *Briand*, *M.*, et Mme. *Iménitoff*, Épilepsie et délire d'interprétation. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 41, p. 28.

40. *Brissot*, *M.*, et *Bourilhet*, *H.*, La démence chez les épileptiques. Journ. de Neurol. no. 4.

41. *Brünger*, *Hermann*, Über Operationstod bei Thyreoiditis chronica. Gleichzeitig ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen *Basedow*-Erkrankung und Thyreoiditis. Inaug.-Diss. Jena.

42. *de Bruin*, *J.*, Ein Fall von Chorea paralytica s. mollis. Need. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. 3, 517.

42a. *Buckley*, *Alb. C.* (Philadelphia), The relation of Hyperthyroidism to the nervous system. Reprint from New York med. journ. for Dez. 6, 1913. (S. 255*.)

43. *Bucura*, *Const. J.* (Wien), Praktische Ergebnisse aus unseren heutigen Anschauungen über die endokrine Tätigkeit des Eierstockes. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 291. (S. 242*.)

44. *Buïa*, *J.-N.*, La nucléinothérapie dans la maladie de *Parkinson*. Compt. rend. de la Soc. de Biol. 76, 507.

45. *Burry*, *H. Jamieson*, The vicious circles of neurasthenia. British med. journ. nr. 2791.

46. *Busch*, *Paul*, *Parkinson*sche Krankheit und Unfall. Inaug.-Diss. Bonn.

47. *Chiray*, *M.*, Sur un cas d'épilepsie *Jacksonienne* portant sur le

centre conjugué des mouvements de la tête et des yeux. Nouv. Icon. de la Salp. 7, 1.

48. *Christinger*, *M.*, Über den Einfluß einer wirksamen Epilepsiebehandlung auf die Psyche der Epileptiker. Epilepsia Bd. 5. H. 4.

49. *Chvostek*, *Fr.*, Zur Pathogenese des Morbus *Basedowii.* Wien, klin. Wschr. Nr. 27, S. 141.

50. *Coenen*, *H.* (Breslau), Traumatische Rindenepilepsie durch S-Geschoß. Faszientransplantation. Berl. klin. Wschr. Nr. 2. S. 49.

51. *Cushing*, *H.* (Boston), Chirurgical observations by diseases of the Hypophysis cerebri. Journ. of American med. Ass. Chir. vol. 43, no. 48.

52. *Cushing*, *Harvey* (Boston), Psychic disturbances associated with disorders of the ductless glands. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 939.

53. *Czéhai*, *K.* (Pest), Über Hypophysenerkrankungen, zugleich einige Beiträge zur funktionellen Diagnostik der polyglandulären Erkrankungen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 116, H. 5 u. 6.

54. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Traitement de l'état de mal épileptique. Arch. de neurol. 36e ann. vol. 2, no. 1, p. 1. (S. 248*.)

55. *Damaye*, *H.*, et *Marangé*, *J.* (Bailleul), Épilepsie tardive chez une syphilitique ancienne. Écho méd. du Nord, juillet.

56. *Davidsohn*, *J*, Psychische Störungen bei Morbus *Basedowii.* Inaug.-Diss. Königsberg.

57. *Denk*, *W.* (Wien), Über die Beziehungen von organischen Veränderungen der Hirnrinde zur symptomatischen Epilepsie. Zugleich ein Beitrag zur Duraplastik. Mitt. a. d. Grenzgeb. der Neurol. u. Chir. Nr. 27, S. 827.

58. *Dessecker*, *Karl*, Zur Genese hysterischer Anfälle bei einem 9jährigen Knaben. Inaug.-Diss. Berlin.

59. *Donath*, *J.* (Budapest), Sedobrol in der Behandlung der Epilepsie. Wiener klin. Wschr. Nr. 8, Nr. 27.

59a. *Dreyfus*, *Georges L.*, und *Schürer*, *Joh.* (Frankfurt a. M.), Beitrag zur Frage der Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis. Med. Klin. Nr. 23. (S. 241*.)



60. *Dubois, P.* (Bern), Die Behandlung der Schlaflosigkeit. Neurol. Ztlbl. Nr. 24, S. 1280.
61. *Ducosté, M.*, Sur un cas d'attaques épileptiques conscientes et mnésiques. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 2, p. 59, no. 3, p. 102.
62. *Dütemeyer, Herm.*, Zur Lehre von den epileptischen Dämmerzuständen. Inaug.-Diss. Kiel.
63. *Dufour, H.*, De l'épilepsie réflexe thérapeutique. Paris médical no. 21, p. 511.
64. *Dynan, Nichol. J.* (Washington), The physical and mental states in chronic chorea. Summary of nineteen cases of chronic progressive chorea with the postmortem findings in eight cases. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 3, p. 589.
65. *v. Ehrenwall, J.* (Dresden), Kasuistischer Beitrag zu Reflexstörungen im hysterischen Dämmerzustande. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 3, S. 337. (S. 251*.)
66. *Eltester* u. *Schröder* (Kortau), Über einen Fall von Akromegalie und Splanchnomegalie. Med. Klin. Nr. 31, S. 1311.
67. *Engelhard, C. F.* (Utrecht), Zur Frage der gehäuften kleinen Anfälle. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 2, S. 113, H. 3, S. 206. (S. 244*.)
68. *Erb, Wilh.*, Was wir erstreben. Gedanken über die Weiterentwicklung der Deutschen Nervenpathologie. Neurol. Ztlbl. Nr. 21, S. 1170.
69. *Étienne*, Vitigo, épilepsie et hérédosyphilis. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris vol. 30, no. 19.
70. *Farrant, Rup.* (London), Morbus *Basedowii*. British med. journ. july 18.
71. *Fearnsides* (London), Erkrankungen der Hypophyse und ihre Wirkungen auf die Gestalt der Sella turcica. The Lancet, july 4.
71a. *Ferrari, Manlio* (Genova), Lesione cerebrale con anomalie viscerali in un caso di epilessia. Liguria medica ann. 7, no. 20 (1913). (S. 249*.)
72. *Fischer, J.* (Rostock), Ist der Verlauf experimenteller Krämpfe durch Störung der inneren Sekretion zu modifizieren? Sitz.-Bericht u. Abh. d. Naturforsch. Ges. zu Rostock Bd. 6.

73. *Fischer, J.*, u. *Fischer, H.* (Rostock), Tierexperimentelle Studien über Amylnitrit-Krämpfe unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach ihrer Lokalisation und ihrer Beziehung zur inneren Sekretion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 3, S. 241. (S. 246*.)

74. *Fischer, J.*, und *Triebenstein, O.* (Rostock), Untersuchungen über Tetanie und Altersstar. Klin. Bl. f. Augenheilk. Bd. 52, März/April. (S. 250*.)

75. *Friedemann, M.*. und *Kohnstamm, O.*, Zur Pathogenese und Psychotherapie bei *Basedow*scher Krankheit, zugleich ein Beitrag zur Kritik der psychoanalytischen Forschungsrichtung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 23, H. 4—5, S. 357. (S. 253*.)

76. *Friedländer, A.* (Hohemark i. T.), Bemerkungen zu der Arbeit: Die Wirkung des Luminals bei epileptischer Demenz von Dr. *W. Grzywo-Dybrowski* (vgl. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 3, S. 248). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 5, S. 390.

77. *Fuchs, Alfred* (Wien), Über einen experimentell-toxischen, choreiformen Symptomenkomplex beim Tiere. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 165.

78. *Fuchs, W.* (Emmendingen), Epilepsie und Epilepsiebehandlung. Leipzig. Repertorienverlag. 46 S. — 2 M.. (S. 247*.)

79. *Fuchs, W.* (Emmendingen), Epilepsie und Luminal. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 873. (S. 248*.)

80. *Gaupp, R.*, *Goldscheider* und *Faust*, Das Wesen der Schlaflosigkeit. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 2,80 M.

81. *Gemell, B.*, La corea del Sydenham et il Salvarsan. Il pensiero med. vol. 4, no. 8.

82. *Glaserfeld, Bruno*, Die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus *Basedowii*. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28, H. 1.

83. *Golch, Fritz*, Hemichorea mit Paresen. Inaug.-Diss. Kiel.

84. *Goldstein, Kurt* (Königsberg i. P.), Über Eunuchoidie. Über familiär auftretende Entwicklungsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion und des Gehirns. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 2, S. 649. (S. 255*.)

85. *Goldstein, M.* (Halle a. S.), *Jackson*sche Epilepsie, hervorgerufen

durch einen Cysticercus cellulosae. Autoreferat. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 10, H. 4, S. 420.

86. *Gordon*, *Alfred*, (Philadelphia) The cerebrospinal fluid and a special method of treatment of essential epilepsy. New York med. journ. nr. 3. (S. 246*.)

87. *Gottschalk*, De l'influence du régime alimentaire sur les crises épileptiques. Revue de psych. et de psychol. exp. no. 18, p. 114.

88. *Grabi*, *H.* (Berlin), Weiterer Beitrag zur Luminalbehandlung der Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 31, S. 1730.

89. *v. Graff*, *E.*, und *Novak*, *J.*, Basedow und Genitale. Arch. f. Gynäkologie Bd. 102, S. 18.

90. *Grabe*, *K.* (Frankfurt a. M.), Zwei eigenartige Fälle von Tetanie. Med. Klin. Nr. 29. (S. 250*.)

91. *Grant*, *Geary*, Some cases of traumatic hysteria. Lancet 186, 1808.

92. *Graves*, *W.*, The Baltimore-meeting may 25th 1914 of the American association for the study of epilepsy and the care and treatment of epileptics. Epilepsia vol. 5, nr. 4.

93. *Grigorescu*, *L.*, Zur Frage der Pathogenese der Epilepsie. Med. Klin. Nr. 10, S. 418.

94. *Grober*, *J.* (Jena), Die Behandlung der allgemeinen Krämpfe. D. med. Wschr. Nr. 2, S. 57.

95. *Grumme*, *Fr.* (Fohrde, Westhavelland), Zur Theorie von Morbus *Basedowii*, Myxödem, Kretinismus und Gebirgskropf. Hyper- und Hypothyreoidismus? Berl. klin. Wschr. Nr. 16, S. 737. (S. 254*.)

96. *Grzywo-Dybrowski* (Lodz), Die Wirkung des Luminals bei epileptischer Demenz. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 3, S. 248.

97. *Guiraud*, *Paul* (Tours), L'hystérie et la folie hystérique. Ann. méd.-psychol. no. 6, p. 678.

98. *v. Haberer*, *H.*, Weitere Erfahrungen über Thymusreduktion bei Basedow und Struma. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, S. 296.

99. *Halberstadt*, *G.*, Les attaques épileptoïdes des dégénérés. Revue neurol. no. 3, p. 175.

100. *Hallervorden*, *J.* (Landsberg a. W.), Über eine hysterische Psychose mit alternierenden Bewußtseinszuständen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 4, S. 378. (S. 252*.)



101. *Harpe*, *Karl*, Über Choreapsychosen in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel.

102. *Hart*, *C.* (Berlin), Bedeutung der Thymus für Entstehung und Verlauf des Morbus *Basedowii.* Arch. f. klin. Chir. 104, H. 2.

103. *Hasche-Klünder*, Ein Fall von degenerativer Hysterie in engerem Zusammenhange mit dem Geschlechtsleben und vor allem der Menstruation. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3—6,

104. *Heilig*, *G.* (Straßburg i. E.), Zur Kenntnis der Pathogenese psychogener Dämmerzustände. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 113.

105. *Hensgen*, *H.* (Siegen), Fall von traumatischer hochgradiger Hysterie mit Krampfanfällen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 5, S. 101.

106. *Hesser*, *C.* (Stockholm), Exophthalmusproblem bei der *Basedow*schen Krankheit. Hygiea Nr. 10.

107. weil. *Hirschl*, *Jos. Ad.*, Tetanie und Psychose. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 1.

108. *Hoppe*, *J.* (Uchtspringe), Die heutige Behandlung der Epilepsie auf Grund der Erfahrungen in der Landesanstalt Uchtspringe. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 838.

109. *Horwitz*, *Kamilla*, Merkfähigkeit bei Hysterie und Psychopathie. Psychol. Arb. herausgegeb. v. *Kraepelin*, Bd. 6, H. 4, S. 665.

110. *Jakob*, *A.* (Hamburg), Zur Pathologie der Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 23, H. 1, S. 1.

110a. *Jedliˇka*, *J.* (Prag), Beitrag zur Kasuistik des Ticks. Čas. česk. lék. vol. 53, S. 643. (Böhmisch.) (S. 251*.)

111. *Jeliffe*, *Smith Ely* and *Frank*, Epilepsies and psycho-analysis: a query? The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, p. 293.

112. *Jentsch*, *E.* (Obernigk), Die Apophysis lemurica. Ztschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. 17, H. 1, S. 135.

113. *Jödicke*, *P.* (Stettin), Über die ätiologischen Verhältnisse, Lebensdauer, allgemeine Sterblichkeit, Todesursachen und Sektionsbefunde bei Epileptikern. Ztschr. f. d. Erf. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7, H. 1—3, S. 201. (S. 242*.)

114. *John*, *K.* (Tübingen), Zur Frage der Bromtherapie. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 2127.

115. *Juarros*, *César*, Traitement de l'épilepsie sans bromures. Épilepsia vol. 5, no. 3.



116. *Jurmann*, *N. A.*, Zur Differentialdiagnostik der Hysterie. Neurol. Ztlbl. Nr. 20, S. 1151.

117. *Karplus*, *J. P.* (Wien), Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Gehirnvorgänge beim epileptischen Anfall. Münch. med. Wschr. Nr. 21, S. 1186.

117a. *Kellner*, *A.* (Chemnitz), Über Selbstmord vom ärztlichen und anthropologischen Standpunkt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 29, H. 3/4, S. 288. (S. 242*.)

118. *Kiesselbach*, *G.* (Erlangen), Anatomischer Befund eines Falles von *Huntington*scher Chorea. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 6, S. 525. (S. 251*.)

119. *Kirchgaesser*, *G.* (Koblenz), Bemerkungen zu der Mitteilung von Dr. *Meyer* (Andernach): Dämmerzustände mit nachfolgender Amnesie bei leichter Commotio cerebri. D. med. Wschr. Nr. 14, S. 711.

120. *Klaus*, *O.* (Prag), Basedow bei einem 9 Monate alten Kinde. Prager med. Wschr. Nr. 36.

121. *Kleine*, *Heinrich*, Beitrag zur Lehre von der senilen Hysterie. Inaug.-Diss. Kiel.

122. *Kleinknecht*, *Fritz*, Die posteklamptischen Psychosen. Inaug.-Diss. Leipzig.

123. *Klinke*, *O.* (Lublinitz), Die operativen Erfolge bei der Behandlung des Morbus *Basedowii*. Berlin, S. Karger. 112 S. — 4 M. (S. 253*.)

124. *Klose*, *H.* (Frankfurt a. M.), Wandlungen und Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der *Basedow*schen Krankheit. Berl. klin. Wschr. Nr. 1, S. 10.

125. *Kocher*, *A.*, Über Basedowkrankheit und Thymus. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, S. 924.

126. *Kolde*, *W.*, Über Chorea gravidarum. Ztschr. f. Gynäkol. Nr. 28.

126a. *v. Korczynski*, *L. R.* (Sarajewo), Ein Fall *Dercum*scher Krankheit. Med. Klin. Nr. 28. (S. 255*.)

127. *Kozlowski* (Ojców), Stoffwechsel in der Epilepsie. Ztschr. f. klin Med. 79, H. 3—4.

128. *Krasser*, *H.* (Klosterneuburg), Umbau der Nebenniere, Pathogenese der genuinen Epilepsie und epileptischen Degeneration. Wien. klin. Rundsch. Nr. 15, S. 207.



129. *Kronfeld, A.* (Dalldorf), Über die psychologische Entstehung sogenannter Unfallneurasthenien mit vorwiegend endogener Verursachung. Vjschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 48, H. 1, S. 28.

130. *Kure, S.*, Psychische Epilepsie. Neurologia Bd. 13, H. 1, S. 33 (Japanisch.)

131. *Kutzinski, A.* (Berlin), Luminalbehandlung bei Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 2, S. 174.

132. *Harms, Heino*, Über Hypophysenganggeschwülste. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 51, H. 3—6.

133. *Launoy, L.*, Thyroides. Parathyroides. Thymus. Paris, Baillière fils. — 14 Fr.

134. *Legett* (Montrose), *Basedow*sche Krankheit mit psychischen Symptomen. The Lancet v. 27. Juni.

135. *Lehmann, C.*, Zur Behandlung der Chorea minor. Allg. med. Ztlztg. Nr. 16.

136. *Leri, André* et *Vurpas*, La réaction d'*Abderhalden* chez les épileptiques. Bull. de la Soc. des hôpit. de Paris vol. 29, p. 964.

137. *Leroy* et *Beaudouin*, Accès confusionel chez une épileptique. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 3, p. 99.

138. *Lewandowsky, M.* (Berlin), Die Hysterie. Berlin, Jul. Springer. 192 S. — 6 M.

139. *Lewandowsky, M.* (Berlin), Zur Behandlung des Tetanus. D. med. Wschr. Nr. 50, S. 2060.

140. *Lobedank* (Hagenau), Kurze praktische Anleitung zur Erkennung aller Formen des Kopfschmerzes. Würzburg, C. Kabitzsch. 71 S. — 2 M. (S. 241*.)

141. *Loechel, Karl*, Eingebildete Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel.

142. *Loewenfeld, L.* (München), Sexualleben und Nervenleiden. 5. Aufl. Wiesbaden. C. F. Bergmann. 503 S.

143. *Loewy, E.* (München), Der heutige Stand der Epilepsieforschung. Kritisches Sammelreferat. Berl. klin. Wschr. Nr. 21, S. 982.

144. *Löwy, Max.* (Marienbad), Über meteoristische Unruhe und Unruhe im allgemeinen. Prager med. Wschr. Bd. 37 (1912), Nr. 24. (S. 241*.)

145. *Lomer, Gg.* (Woltdorf), Zur Kenntnis der Schriftstörung bei Chorea. Med. Klin. Nr. 24, S. 1012.

146. *Mc Kennan, T. M. T.*, *Johnston* and *Henninger*, Observations on epilepsie chiefly from an X-Ray standpoint. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 41, nr. 8, p. 495.

147. *Märtens, Otto*, Über psychische Störungen bei Morbus *Basedowii*. Inaug.-Diss. Kiel.

148. *Mangelsdorf, G.* (Stettin), Über die innerliche Anwendung von Brompräparaten, insbesondere bei der Epilepsie. Ztschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7, H. 1—3, S. 117. (S. 248*.)

149. *Marburg, O.* (Wien), Zur Pathologie und Pathogenese der Paralysis agitans. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, S. 405.

150. *Marguliés, A.* (Prag), Diagnostik der Nervenkrankheiten. Bd. I. Allgemeiner pathologischer Teil. Berlin. S. Karger. 124 S. — 3 M.

151. *Margulis, M. S.* (Moskau), Beiträge zur Lehre von der Chorea chronica progressiva. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 50, H. 5 u. 6.

152. *Marie, A.* (Villejuif), Épilepsie et traumatisme. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. vol. 7, p. 123.

153. *Marie* et *l'Hermitte, J.*, Les lésions de la chorée chronique progressive. Ann. de med. no. 1.

154. *Masini, M. U.* e *Vidoni, G.* (Genova), Per la conoscenza della patologia dell'aparecchio surrenale negli ammalati di mente. Riv. sperim. di fren. vol. 40, p. 526.

155. *Massarotti, V.* (Rom), Un caso di mitomania isterica. Il Policlinico no. 21, p. 536.

156. *Massarotti, V.* (Rom), I disturbi mentali nel Morbo di *Basedow*. Roma. B. Lux. — 5 L. Referat *Allers*: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 10, H. 6, S. 663.

157. *Matti, H.* (Bern), Die Beziehungen der Thymus zum Morbus *Basedowii*. Referat. Berl. klin. Wschr. Nr. 28, S. 1310, Nr. 29, S. 1365. (S. 254*.)

158. *Maurel, M. P.*, De la chorée de *Sydenham*. Gaz. des hôpit. no. 46.

159. *Mayer, Wilh.* (Tübingen), Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 4, 5, S. 457.



160. *Mayer*, *W.* (Tübingen), Die Serodiagnostik der Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 703.

162. *Meltzer*, *O.* (Freiburg i. B.), Die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit bei der Neurasthenie. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11, S. 225. (S. 240.)

162a. *Meyer*, *C.*, Epilepsie und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 245*.)

163. *Michalek*, *E.* (Prag), Zur modernen Therapie der Epilepsie, namentlich der genuinen Form derselben. Revue v. neuropsychopath. Bd. 11, S. 17. (Böhmisch.) (S. 248*.)

164. *Mingazzini*, *G.* (Rom), Über ein halbseitiges, Paralysis agitans ähnliches Syndrom. Med. Klin. Nr. 13, S. 547.

165. *Mobitz*, *Waldemar*, Beiträge zur Klinik der *Basedow*schen Krankheit. Inaug.-Diss. München.

166. *Mohr*, *R.* (Leipzig), Zur Kenntnis der Beeinflussung vegetativer Zentren durch die Hypnose. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 2030.

167. *Momburg*, *Fr.* (Bielefeld), Über Verengung der Karotiden bei Epilepsie. D. med. Wschr. Nr. 40, S. 753.

168. *Mosbacher*, *E.*, Beitrag zur Klinik der *Basedow*schen Krankheit auf Grund der in der Göttinger Klinik vom Jahre 1908—1913 beobachteten Fälle. Inaug.-Diss. Göttingen.

169. *Mott*, *F. W.* (London), A study of the neuropathic inheritance. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 907.

170. *Mühlbaum*, *A.*, Die Prognose bei Chorea gravidarum. Prakt. Erg. der Geburtsh. u. Gyn. Bd. 6, H. 1.

171. *Münch*, *W.* (Frankfurt a. M.), Eine neue Methode der Epilepsiebehandlung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19, S. 226. (S. 248*.)

172. *Natali*, *A.*, Die Behandlung der *Sydenham*schen Chorea nach der Methode von *Marinesco*. Rivista ospedalier no. 6.

173. *Naundorff*, *Erich*, Über hysterische Psychosen und deren Differentialdiagnose gegenüber der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Kiel.

174. *Neiding*, *M.* (Odessa), Die isolierte Lähmung des N. trigeminus. Neurol. Ztlbl. Nr. 10, S. 615.

175. *Neuber*, *Karl E.* (Kiel), Über Neurosen nach elektrischen Unfällen. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 3, S. 949. (S. 241*.)



176. *Neumann, Alfr.* (Graz), Therapeutische Versuche mit Embarin bei Nervenkrankheiten. D. med. Wschr. Nr. 33, S. 1657.

177. *Nitsche, Herm.*, Zur Lehre von der traumatischen Epilepsie. Inaug.-Diss. Kiel.

178. *Oberholzer, E.* (Breitenau-Schaffhausen), Beteiligung des Unlustmotivs an epileptischer Amnesie und deren Aufhellung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 10. (S. 247*.)

179. *Oberholzer, E.* (Breitenau-Schaffhausen), Versuche über die therapeutische Beeinflußbarkeit psychisch stark alterierter Formen von Epilepsie mittels Serobrol. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 1, S. 42.

180. *Obrégia* et *Urechia* (Bukarest), Essais de thérapie intrarachidienne par les sels de calcium dans l'épilepsie. Compt. rend. hebdomad. des Séances de la Soc. de Biol. no. 14, p. 674.

181. *Obrégia, Urechia* et *Popea*, Sténose congénitale de l'aorta et des artères avec épilepsie. Arch. internat. de neurol. 36e ann., vol. 2, no. 1.

182. *Oppenheim, H.* (Berlin), Zur Kriegsneurologie. Berl. Klin. Wschr. Nr. 48, S. 1853.

183. *Parhon, C.-J.* et *Odobesco, G.* (Jassy), Sur un syndrôme psycho-endocrinien. L'Encéphale no. 6. (S. 253*.)

184. *Parhon, C.-J.* et Mme. *Constance Parhon* (Jassy), Note sur l'hyperthyroidisation chez les oiseaux et sur la résistance des animaux ainsi traités aux infections spontanées. Extrait des Compt. rend. des séances de la Soc. de Biolog. tome 76, p. 662. (S. 252*.)

184a. *Parhon, C.-J.*, et Mlle. *Marie Parhon* (Jassy), Sur la séro-réaction d'*Abderhalden* dans la myasthenie. Extr. des Comptes rend. des Seances de la Soc. de Biol. tome 76, p. 633. (S. 252*.)

185. *Passini, F.*, Über Lumbalpunktion bei Chorea infectiosa. Wiener klin. Wschr. Nr. 42.

186. *Pellacani, G.*, Ricerche sulla deviazione del complemento nell' epilessia. Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 186—189.

187. *Petsch, Bruno* (Neuruppin), Über den Ausfall der *Wassermann*-Reaktion bei Epileptikern. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 52, S. 623.

188. *Petsch* (Lund), Die Behandlung des Morbus *Basedowii* und die Indikation zur Operation. Hygiea Nr. 18—20.



189. *Pettavel, A. Ch.*, Weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie des Morbus *Basedowii.* Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Nr. 27, S. 694.

190. *Porot*, Épilepsie mentale pure. Ann. médico-psychol. vol. 71 (I), p. 461.

191. *Porteous, C. A.* (Montreal), Report of a case of Chorea insaniens. The American journ. of insanity vol. 70, nr. 4, p. 945.

192. *Raimann, E.* (Wien), Zur Hysteriefrage. Wiener klin. Wschr. Nr. 44.

193. *Redlich, E.* (Wien), Über das Vorkommen epileptischer und epileptiformer Anfälle bei Tumoren der Hypophysisgegend. Epilepsia Bd. 5. (S. 245*.)

194. *Rémond, A.*, et *Sauvage, Roger* (Toulouse), Instabilité choréiforme et insuffisance thyroidienne. Ann. médico-psychol. no. 4, p. 385.

195. *Richter, Gg.* (Wölflesgrund), Über die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus *Basedowii.* (Übersichtsreferat.) Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1568.

196. *de Righetti, P.* (Roveredo), Über Eklampsiebehandlung. Wiener klin. Rundsch. Nr. 41—46.

197. *Rönne, H.*, Einige Fälle von hysterischem Gesichtsfelddefekt. Klin. Mtbl. f. Augenheilk. Bd. 52 (3/4), S. 372.

198. *Rohde, M.* (Jena), Zur Frage der Berufsnervosität der Volksschullehrer. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 4, S. 359.

199. *Rothmann, M.* (Berlin), Der Krieg und die Neurologie. Neurol. Ztlbl. Nr. 23, S. 1245.

200. *Rumpf, Th.* (Bonn), Über funktionelle Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Klin.-therap. Wschr. Jahrg. 21, Nr. 27.

201. *Sadger, J.* (Wien), Über Nachtwandeln und Mondsucht. H 16. der Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausg. v. *S. Freud.* Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 171 S. — 4,50 M.

202. *Sadger, J.* (Wien), Ein Beitrag zum Verständnis des Tic. Ztschr. f. ärztl. Analyse Bd. 2, S. 354.

203. *Saffiotti, N.*, et *Sergi, S.*, Du temps de réaction simple dans la névrose traumatique et de son importance pour l'évaluation de la capacité du travail. Arch. internat. de neurol. vol. 1, 12° sér.



204. *de Sajous, Charles E.*, Toxemias in the genesis of hyperthyreoidsm and their treatment. New York med. journ. vol. 99, no. 21.
205. *de Savarél, L.*, Les tempéraments thyroidiens. La méd. pratique t. 22, no. 3.
206. *van der Scheer* (Meerenberg), Die pathogenetische Stellung der Blutdrüsen in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 10, H. 3, S. 225.
207. *Schellong, O.*, Zur Bewertung der Neurasthenie-Diagnose nach objektiven Merkmalen. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 80, H. 1 u. 2.
208. *Schilder, P.*, und *Weidner, H.* (Leipzig), Zur Kenntnis symbolähnlicher Bildungen im Rahmen der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 2, S. 201.
209. *Schmidt, Willi* (Freiburg i. B.), Adrenalin-Unempfindlichkeit bei Dementia praecox. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 7, S. 366.
210. *Schneider, K.* (Köln), Über Wesen und Bedeutung katatonischer Symptome. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 22, H. 4—5, S. 486.
211. *Schnizer* (Metz), Zur Paranoiafrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, H. 2, S. 115.
212. *Scholz, L.* (Bremen), Nervös. Zwanzig Gespräche zwischen Arzt und Patient. Berlin. S. Karger. 188 S. — 4 M.
213. *Schröder, M.* (Lauenburg i. P.), Todesursachen schizophrener Frauen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 1 u. 2, S. 115.
214. *Schulhof, Fr.* (Wien), Über eine Wirkung des Sedobrols bei Epilepsie. Wien. klin. Wschr. Nr. 27, S. 701.
215. *Schultz, J. H.* (Chemnitz), Neue körperliche Symptome bei Dementia praecox. (Naturw.-med. Ges. f. Heilk., Jena, 18. April.) Ref.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 10, H. 6, S. 662.
216. *Schwabe* (Sigmaringen), Einige Beobachtungen über Ureabromin bei Epilepsie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 44, S. 531.
217. *Seelert, H.* (Berlin), Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 1.
218. *Seelert, H.* (Berlin), Paranoische Erkrankungen auf manisch-depressiver Grundlage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36, H. 4, S. 303.

219. *Sehn*, *Alfred*, Über das Vorkommen religiöser Wahnbildung bei Psychosen, besonders bei Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.

220. *Shaw*, *A. L.*, The study of epilepsy for the clinician. Epilepsia t. 5, p. 3.

221. *Shaw*, *B. H.* (Stafford), The relationship between epilepsy and tuberculosis. The Journ. of mental science nr. 250, p. 477.

222. *Shaw*, *J. J. M.*, Epilepsy; a theory of causation founded upon the clinical manifestations and the therapeutic and pathological data. The Journ. of mental science nr. 250, p. 398.

222a. *Sieber*, *E.* (Prag), Über luetische *Jackson*sche Epilepsie. Čas. česk. lék. vol. 53, p. 707. (Böhmisch.) (S. 249*.)

223. *Siebert*, *H.* (Libau), Einige Bemerkungen über die allgemeinen Neurosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 4, S. 394.

224. *Sielmann*, *Rich.* (München), Kasuistischer Beitrag zur Behandlung der *Basedow*schen Erkrankung mittels Röntgenbestrahlung. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 2132.

225. *Sonne*, *C.* (Kopenhagen), Antithyroidin bei Morbus *Basedowii.* Hospitaltidende Nr. 22 u. 23.

226. *Spies*, *Franz*, Zur Statistik der traumatischen Neurosen. Inaug.-Diss. Bonn.

227. *Stahl*, *Peter*, Kasuistischer Beitrag zur Chorea chronica progressiva (*Huntington*sche Chorea). Inaug.-Diss. Kiel.

228. *Steiner*, *G.* (Straßbrg i. E.), Über die familiäre Anlage zur Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 23, H. 2—3, S. 315.

229. *Stendell*, *W.* (Frankfurt a. M.), Die Hypophysis cerebri. Jena. G. Fischer. 168 S. — 8 M.

230. *Stewart*, *Purves*, Further note upon a case of hysterical monoplegia following electric shock. The British med. journ. nr. 27, p. 75.

231. *Stuchlík*, *Jar.* (Zürich), Über die Bedeutung des Alkoholismus als ätiologisches Moment bei der Epilepsie. Liječn. Vijesnik vol. 36, p. 298. (Kroatisch.) (S. 249*.)

232. *Stuchlík*, *Jar.* (Zürich), Hereditäre Beziehungen zwischen Epilepsie und Alkoholismus. Eugenische Beiträge III. Revue v. neuropsychopath. vol. 11, p. 243. (Böhmisch.) Eigenbericht:



Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 11, H. 3, S. 215.

233. *Stuchlík*, *Jar.* (Zürich), Über die De- und Regeneration der durch Alkoholismus belasteten Epileptikerfamilien. Revue v. neuro-psychopath. vol. 11, p. 244. (Böhm.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 11, H. 3, S. 215.

234. *Sust*, *Otto*, Ein Beitrag zur Frage: Hysterie oder Simulation. Inaug.-Diss. Jena.

235. *Swift*, *W. B.* (Boston, Mass.), A voice sign in Chorea. Preliminary report. The American journ. of diseases of children vol. 7, p. 442, June 1914. (S. 251*.)

236. *Swift*, *W. B.* (Boston, Mass.), Further analysis of the voice sign in Chorea. The American journ. of diseases of children vol. 12, p. 279, Oct. 1914. (S. 251*.)

236a. *Swift*, *Walter B.* (Boston), A new method of reflex elicitation. Preliminary report. Journ. of Amer. med Ass. vol. 63, p. 1568. (S. 241*.)

236b. *Swift*, *Walter B.* (Boston, Mass.), Studies in neurological technique. No 2: Indication and method for the use of the electrical re-enforcement for the elicitation of the absent reflexes. Rev. of neurol. and psych., Dez. 1914. (Reprint.) (S. 241*.)

237. *Tintemann*, *W.* (Göttingen), Die Bewertung der Befunde der Gesamt-Stickstoff-Ausscheidung beim Epileptiker im Intervall. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 24, H. 1, S. 49.

238. *Titius*, *A.* (Allenberg), Ein Beitrag zur Kasuistik des Stotterns. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 207.

239. *Troell*, *A.* (Stockholm), Augensymptome bei *Basedow*scher Krankheit. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg. Jahrg. 1914, S. 418 u. Hygiea Nr. 8. (S. 254*.)

240. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Das Stottern eine Zwangsneurose. Med. Klinik Nr. 10, S. 407.

241. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Über Paralysis agitans. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 10, H. 5, S. 518.

242. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Zur Pathologie der Paralysis agitans. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 1 u. 2.

243. *Ulrich*, *A.* (Zürich), Bromsalz und Kochsalz in der Behandlung der Epilepsie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 33/34, S. 316 ff.

244. *Ulrich*, *A.* (Zürich), Beitrag zur Technik der wirksamen Brombehandlung der Epilepsie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte Nr. 44, S. 641.

245. *Valobra*, *J. N.*, Sulle distrofie ipofisarie. Riv. speriment. di fren. vol. 40, p. 736-785.

246. *Valtorta*, *C.* (Como), Ricerche urologiche ed ematologiche in frenastenici con sindrome ipotiroidea. Il manicomio, Ann. 28, No. 2—3, p. 147.

247. *Vanýsek*, *R.* (Brünn), Über die Diagnose der traumatischen Neurose. Čas. česk. lék. vol. 53, p. 1429. (Böhmisch.)

248. *Vetlesen*, *H. J.* (Christiania), Paralysis agitans und Myxödem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 26, H. 4, S. 462. (S. 251*.)

249. *Volland* (Bethel-Bielefeld), Histologische Untersuchungen bei epileptischen Krankheitsbildern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 21, H. 3, S. 195. (S. 250*.)

250. *Vorkastner* (Greifswald), Dementia praecox und Epilepsie. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 10, H. 3, S. 321.

251. *Waitzfelder*, *E.*, Transplantation of hypophysis in a case of congenital Dystrophia adiposogenitalis. New York med. journ. nr. 21.

251a. *Wehner*, *Georg*, Beitrag zur Lehre der sexuellen Neurasthenie. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 241*.)

252. *Werner*, *H.* (Hamburg), Morbus *Basedowii* bei Beriberi. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene Nr. 8.

253. *Wilde*, *Alb. F. W.* (Kiel), Hysterische Krampfanfälle als Unfallfolge erkannt. Med. Klin. Nr. 5, S. 204.

253a. *Williams*, *Tom A.* (Washington), The traumatic neuroses. Amer. journ. of med. sciences vol. 148, nr. 4, p. 567. (S. 240*.)

253b. *Williams*, *Tom A.* (Washington), Some remarks, with illustrative cases, concerning the pathogenesis of certain neuralgias in relation to inflammation, toxicosis and neurosis. The Lancet-Clinic, Dec. 12, 1914. (S. 241*.)



253c. *Wollenberg, R.* (Straßburg), Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Münch. med Wschr. Nr. 44, S. 2181. (S. 240*.)

254. *Wrede, Martin*, Paralysis agitans post trauma. Inaug.-Diss. Freiburg.

255. *Zander, P.*, Neurasthenie und Unfall. Med. Klin. Nr. 2, S. 70.

A. Neurosen.

Wollenberg (253c) fand nach den ersten 6 Wochen des gegenwärtigen Krieges seine Erwartung, daß die Zahl der psychisch Erkrankten sehr hoch sein werde, nicht bestätigt. Er teilt die von ihm beobachteten Fälle ein in 1. die Erkrankten der Mobilmachungsperiode, unter denen sich besonders die Alkoholdelirien und dann gewisse mehr episodenhafte Erregungszustände bei Psychopathen abhoben. In die zweite Gruppe reiht er die Beobachtungen ein, in denen die Aufregungen des Kampfes unmittelbar psychische Störungen hervorgerufen haben. Hier handelt es sich im wesentlichen um hysterische Schreckpsychosen, ferner um Störungen, die auf Erschöpfung beruhen, und um neurasthenische Depression. Die dritte Gruppe umfaßt Kranke, die im Zusammenhang mit einer Verwundung, meist der peripheren Nerven, eine ausgesprochene Hyperästhesie aufweisen. Eine besonders für den Krieg spezifische Psychose oder Neurose gibt es nicht.

Von dem Wesen der traumatischen Neurose gibt *Williams* (253a) eine packende Schilderung. Er beginnt seine Ausführungen mit der Feststellung, daß die Bezeichnung „traumatische Neurose“ eine durchaus verkehrte ist. Der Zustand ist nicht nervös, sondern er ist psychogen, und das Trauma ist nicht psychisch. Eine Verletzung kann keine „Neurose“, besser gesagt, Psychose bedingen; der Zustand ist einzig und allein dadurch hervorgebracht, daß der Patient, über seinen Unfall grübelnd, der Einbildung unterliegt, schwer erkrankt zu sein. Tatsächlich kann der Gedanke an einen Leidenszustand die Begleiterscheinungen des Leidens hervorbringen, in erster Linie die Depression vegetativer Funktionen. Das geschieht, weil die emotionelle Reaktion unzertrennlich ist von der Vorstellung, die die Erfahrung mit ihr verbindet. Diese Tatsachen beweisen, in welchem Grade irrtümlich die landläufige Meinung ist, daß die Vorstellung wirksamer Affekte, im Sinne der Schmerzempfindung, zu ihrer Auswirkung einen vorhergegangenen Krankheitszustand verlangt. Allerdings ist es möglich, daß der Patient, ein Opfer seiner Einbildung, in Wirklichkeit psychisch erkranken kann, aber die Erkrankung ist immer nur psychogenetischer Natur, und es sind die suggestiven Psychosen mit ihren exorbitanten Folgen, deren Beseitigung bei einer Behandlung zunächst ins Auge gefaßt werden muß. Besonders die im sozialen Sinne gefährlichen Entschädigungs- und Rentenpsychosen müssen auf das nachdrücklichste bekämpft werden.

Meltzer (162) führt aus, daß die sogenannten objektiven Symptome der Neurasthenie an sich noch nicht zur Annahme einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit berechtigen. Die erstmalige Beurteilung der Erwerbsfähigkeit soll stets erst nach längerer Beobachtung, am besten in einer Klinik erfolgen, und es soll

stets nur eine zeitige Erwerbsbeschränkung — zunächst auf nur ein Jahr — angenommen werden.

Neubers (175a) Dissertation handelt von Neurosen nach elektrischen Unfällen. Sechs Fälle sind untersucht und sie sind derart zusammengestellt, daß von der vollkommenen Zusammenhangslosigkeit der Krankheit mit dem elektrischen Unfall beginnend, eine stets größere Abhängigkeit von Unfall und Neurose festgestellt wird.

Eine Untersuchung der Sehnenreflexe während und gleich nach der Einwirkung eines elektrischen Stromes hat *Swift* (236a) vorgenommen. Er fand, daß normale Reflexe in über der Hälfte der Fälle verstärkt wurden. Gesteigerte Reflexe am Arm blieben unbeeinflußt, am Bein dagegen traten sie noch mehr hervor mit Ausnahme des Achillessehnenreflexes. Fehlende Reflexe konnten auf diese Weise bisweilen noch hervorgerufen werden, besonders Patellar- und Achillessehnenreflexe. In einer weiteren Arbeit empfiehlt *Swift* (236b) die Elektroden ober- und unterhalb der Stelle der Reflexreizung anzulegen und den Strom nur so stark zu wählen, daß er keinen Schmerz verursacht, da sonst Muskelkontraktionen den Erfolg beeinträchtigen. Die Richtung und Art des Stromes, ob galvanisch oder faradisch, ist ohne Belang.

Williams (253b) beschreibt 3 Fälle, in denen schwere Neuralgien durch entsprechende Zahnbehandlung geheilt wurden. In der einen Beobachtung war es zu schweren psychischen Symptomen gekommen, die prompt verschwanden, als ein kranker Zahn extrahiert war.

Wehner (251a) bringt 13 Fälle von sexueller Neurasthenie, die nichts Besonderes bieten.

Dreyfus und *Schürer* (59a) haben beobachtet, daß es nach einer leichten Diphtherie zu einer ¼ Jahr währenden, progredient verlaufenden leichten Polyneuritis kam, die sich vorwiegend auf sensiblem Gebiete abspielte. Nach der Tonsillektomie trat sehr rasch Heilung ein. Man muß also bei postdiphtherischen Lähmungen genau auf den Zustand der Tonsillen achten und eventuell ihre Entfernung vornehmen.

Eine Anleitung zur Diagnostik der verschiedenen Formen des Kopfschmerzes gibt *Lobedank* (140). Das kurzgefaßte Buch enthält ein Schema zur Befragung und Untersuchung mit den nötigen Erläuterungen und eine Übersichtstafel mit allen Krankheitszuständen, welche als Ursache für Kopfschmerzen in Betracht kommen. Auch die Differentialdiagnose wird eingehend berücksichtigt. Das Werk ist für den Praktiker bestimmt und bietet ihm ein gutes Hilfsmittel.

An der Hand von 3 Fällen und eingehender Würdigung der Literatur bespricht *Löwy* (144) die „meteoristischen Unruhebilder“ und die „Unruhe im allgemeinen“. Er weist darauf hin, daß Unruhe bei Magendarmstörungen vorkommt, und zwar besonders bei solchen, welche mit Meteorismus einhergehen. Am häufigsten entspricht die meteoristische Unruhe körperlichen bewußten Sensationen der Beklommenheit, der Enge, des Druckes im Leibe. Diese werden im allgemeinen durch das Gefühl unbestimmter Unruhe ausgelöst, gehen mit ihm einher und werden mit ihm im Bewußtsein assoziiert. Sind sie aber durch die Aufblähung des Leibes und nicht durch den Unruheaffekt gegeben, so erwecken diese Sensationen nun in

retrograder Assoziation ihrerseits das Gefühl der unbestimmten Unruhe und dessen psychische Folgeerscheinungen bei den Meteoristischen. Ob die bei Dickdarmkatarrh, bei Magenstörungen usw. beobachteten Verwirrungszustände einfach durch eine retrograd-assoziativ entstandene Unruhe bzw. reflektorisch durch den Schmerz entstehen können, läßt sich noch nicht entscheiden.

Bucura (43) vermutet, daß die nicht seltenen Mißerfolge bei der Eierstocktherapie hauptsächlich auf mangelhafter Gewinnung der Präparate beruhen. Er nimmt an, daß dem Follikel die hauptsächlichste Hormonbildung zuzuschreiben ist, das Corpus luteum ist nur als ein vom Ei befreiter innensekretorischer Anteil des Follikels anzusprechen, die interstitiellen Drüsen dagegen sowie auch die „innere Sekretion" der Plazenta, Dezidua u. a. sind nur als eine Ovarialhormonspeicherung, ein Depot, anzusehen. In 3 Perioden ist der Eierstock arm an Hormon, nämlich im Puerperium, der Laktation und in der zweiten Hälfte der Gravidität; zu diesen Zeiten wären also die Ovarien wenig geeignet zur Gewinnung von Eierstockhormon. Die Kuh ist nicht zu empfehlen, da intakte Tiere selten zur Schlachtung kommen, besser liegen die Verhältnisse beim Schaf und am günstigsten beim Schwein. Es bleibt, wenn man die Zeiten der fehlenden oder mangelhaften Hormonproduktion — jugendliches Alter, vorgeschrittene Gravidität bis zur nächsten Brunst, prä- und postklimakterisches Alter — ausschließt, nur eine kurze Periode zur Gewinnung des Ovarins übrig. Verf. empfiehlt die Ovarintherapie bei künstlichem und natürlichem Klimakterium, Amenorrhöe und Fettsucht genitalen Ursprungs. Bei Psychosen kann man keine Heilung erwarten.

Nach *Kellner* (117a) ist eine Zunahme der Selbstmorde unverkennbar, auch die Zahl der Kinderselbstmorde ist gewachsen. Übrigens ist die germanische Rasse hervorragend beteiligt, Deutschland und hier Sachsen nimmt die erste Stelle ein. Es ist nachgewiesen, daß in vielen Fällen ein Zustand mehr oder weniger ausgeprägter geistiger Unfreiheit oder geistiger Erkrankung besteht. Die melancholischen Krankheitsbilder geben meist die Ursache ab, zuweilen beginnt auch die Dementia praecox mit Selbstmordneigung. Das größte Kontingent stellen aber auf der Grenze geistiger Gesundheit stehende Individuen und Alkoholisten. Bei der Sektion vieler Selbstmörder wurden akute fieberhafte Krankheiten gefunden, ferner bei Frauen Menstruation, Schwangerschaft oder Wochenbett. Bei Jugendlichen war auffallend oft das Fortbestehen kindlich-embryonaler Verhältnisse, Unterentwicklung des Blutgefäßsystems oder eine lymphatische Konstitution festzustellen. Verf. sieht die Zunahme der Selbstmorde nicht als Zeichen einer Degeneration, sondern als Begleiterscheinung einer höheren Kulturentwicklung an.

B. Epilepsie.

Jödicke (113) hat die allgemeinen Verhältnisse: Ätiologie, Lebensdauer, Alter, Sterblichkeit, Todesursache und Sektionsbefunde bei 309 in der Anstalt Tabor verpflegten und verstorbenen Epileptikern statistisch zusammengestellt und zahlreiche Einzelbeobachtungen eingestreut. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen weichen in einzelnen Zahlen etwas von den Feststellungen anderer Autoren ab,



was sich ohne Schwierigkeit erklären läßt, stimmen aber in der Hauptsache mit andern Resultaten der Epilepsiestatistik überein und bringen für manche Verhältnisse interessante und beweiskräftige Illustrationen. Er findet etwa bei der Hälfte seiner Fälle erbliche Belastung (was natürlich bei der Verschiedenheit in der Auffassung des Begriffes „erbliche Belastung" nicht von besonderer Bedeutung ist) und legt den Hauptnachdruck auf die deletäre Wirkung der psychopathischen Belastung und auf den Einfluß des Alkoholabusus der Vorfahren. Aus seinen Fällen hat er sich die Anschauung gebildet, daß auf dem Boden der Keimschädigung häufig kleine, exogene Gelegenheitsursachen genügen, um die epileptischen Erscheinungen zum Entfalten zu bringen; meningitische oder enzephalitische Prozesse sind dazu nicht in jedem Falle erforderlich. Die somatischen Erkrankungen haben eine große Bedeutung als anfallauslösendes Moment; traumatische Einwirkungen sind darunter in 4,5% vertreten. Kasuistisch interessant sind 2 Fälle, in denen Kohlenoxydgasvergiftung als Ursache der Epilepsie anzunehmen ist, wobei allerdings durch die Sektion diese Pathogenese nicht geklärt wurde.

Bei der Erörterung des Lebensalters, in dem die Epilepsie ausbrach, betont *J.* seine Anschauung (entgegen *Thienich* und andern), daß zwischen Spasmophilie und echter Epilepsie kein genereller Unterschied besteht. Für besonders wichtig halte ich auch die erneute Feststellung auf Grund dieser Statistik, daß eine nach dem 30. Lebensjahr auftretende Epilepsie immer eine symptomatische ist und zum Suchen nach einem körperlichen Grundleiden auffordert. Bei der Sterblichkeit wird vor übermäßiger Brombehandlung gewarnt und betont, daß eine rationelle Bromtherapie stets eine kochsalzarme Diät voraussetzt. Die Sektionsergebnisse zeigen einige interessante Fälle von starker Hirnatrophie und betonen die Häufigkeit der Gefäßerkrankungen. *Weber*-Chemnitz.

Bolten (34) hat einer Arbeit den Titel gegeben: „Die Erklärung der epileptischen Erscheinungen". Er führt folgendes aus: Bei vielen organischen Hirnerkrankungen (z. B. Hydrozephalus int., Tumor, Lues, zerebrale Kinderlähmung u. a.) treten Anfälle auf; als ihre Ursache wird aber bald die zugrunde liegende herdförmige Gehirnerkrankung erkannt. Deshalb dürfen diese Erkrankungen überhaupt nicht als Epilepsie bezeichnet werden. Dann bleibt noch eine Gruppe übrig, die man gewöhnlich als „genuine E." bezeichnet. Aber auch diese Gruppe enthält zwei ganz verschiedene Krankheiten, nämlich solche, die durch diffuse primäre Hirnerkrankungen, besonders meningoenzephalitischer Natur, entstanden sind, wie sich aus der Anamnese, den Symptomen oder dem Sektionsbefund nachweisen lasse, und solche, bei denen eine solche organische diffuse Hirnerkrankung fehlt und die nach *B.* durch eine Autointoxikation des Körpers infolge von Stoffwechselstörungen entstanden sind; als solche Stoffwechselstörung kommt nach *B.* fast ausschließlich eine Hypofunktion der Schilddrüse, vielleicht auch der Thymus und der Hypophyse in Betracht. Die erste Gruppe bezeichnet er als zerebrale oder symptomatische E., während die zweite Gruppe die der echten oder genuinen E. sei. Er gibt aber zu, daß klinisch beide Fälle meist nicht voneinander zu trennen seien, weil sie in ihrem Verlauf und auch in bestimmten Äußerungen, wie Charakterveränderungen, Verblödung, sich gar nicht voneinander unterscheiden. Als differentialdiagnostisches



Moment führt er nur an: bei der symptomatischen Form die aus der Anamnese, einzelnen klinischen Symptomen und dem Sektionsbefund nachzuweisende zerebrale Erkrankung, für die genuine Form die von ihm festgestellte Tatsache, daß die rektale Einführung von frischem Schilddrüsenpreßsaft weitgehende Besserung oder sogar Heilung dieser Fälle ermöglicht.

In der Aufstellung *Boltens* ist zunächst ein logischer Fehler, den er in seiner Arbeit einem andern Forscher, *Redlich*, wiederholt vorwirft. Denn während *B.* in seiner Einleitung die durch grobe Hirnerkrankungen (Tumoren, Hydrozephalie, Enzephalitis) bedingten, mit Anfällen einhergehenden Erkrankungen ausdrücklich von der Bezeichnung „Epilepsie" ausschließt, tauchen diese Erkrankungen später (S. 601) auf einmal wieder auf bei der zerebralen E. und werden ausführlich erörtert, weil sie gelegentlich durch das Symptom der Stauungspapille oder andere Herdsymptome von der genuinen E. abzutrennen seien. Mit dieser Wiederaufnahme muß aber *B.* zunächst einmal zugeben, daß er nichts anderes vorbringt als die uralte Einteilung der E. in solche, bei der sich eine organische Hirnerkrankung anamnestisch oder autoptisch nachweisen läßt, und solche, bei der man mangels dieses Nachweises seine Zuflucht zu der beliebten Autointoxikation nimmt. Und dann muß man weiter die alte Unterscheidung machen, daß ein Teil dieser zerebralen Fälle nur zu Her symptomen und Krämpfen führt, während ein anderer Teil — warum? — zu den typischen Verlaufserscheinungen und psychischen Veränderungen der echten E. führt. Denn die Begründung, die *B.* für diesen Teil seiner „zerebralen" Fälle gibt, daß infolge enzephalitischer Prozesse Stoffwechsel- und Abbauprodukte der Hirnrinde selbst und die narbige Verlegung der Blut- und Lymphbahnen an dieser Stelle an der Autointoxikation der Hirnrinde schuld seien, erscheint zu gekünstelt und wird durch den autoptischen Befund nicht gestützt. Auch ist der aus der Anamnese geführte Beweis eines stattgehabten enzephalitischen Prozesses in vielen Fällen zu unsicher. Noch weniger kann man die Diagnose einer durch Stoffwechselstörungen entstandenen E. lediglich auf den Umstand gründen, daß Schilddrüsentherapie für kürzere oder längere Zeit eine Besserung bedingte, zumal da, wie mir Nachprüfungen gezeigt haben, diese therapeutischen Erfolge recht zweifelhaft sind. Es wird also vorläufig doch dabei bleiben müssen, daß Fälle von E. den gleichen Verlauf nehmen, obwohl sie ätiologisch ganz verschieden begründet sind. Die Arbeit des Verf., die mit so viel Selbstbewußtsein andere Untersuchungen kritisiert, hat uns jedenfalls die in der Überschrift versprochene „Erklärung der Erscheinungen der E." nicht gebracht. *Weber*-Chemnitz.

Engelhard (67) hat in der *Heilbronner*schen Klinik in Utrecht zahlreiche Fälle mit sogenannten „gehäuften kleinen Anfällen" untersucht und kritisch bearbeitet. Die gehäuften kleinen Anfälle, auch „narkoleptische A." genannt, können symptomatisch den „Absenzen" der echten E. mit ungünstigem Verlauf gleich sein. Aber nicht alle Fälle gehören dieser echten E. an. Der Verf. hat seine Fälle so gruppiert, daß er einen Teil zur Hysterie rechnet, weil die Anfälle einer suggestiven Einwirkung zugängig sind. Auch bei Erwachsenen kommen diese Anfälle auf dem Boden der Hysterie und der Neurasthenie vor. Bei einer 2. Gruppe liegt diesen Anfällen eine psychopathische Konstitution zugrunde. Diese Gruppe hat Beziehungen zu der



Affektepilepsie von *Bratz*; die Suggestibilität ist nicht so stark ausgesprochen wie bei den zur Hysterie gehörigen Fällen. Auch bei diesen Fällen ist die Prognose im ganzen günstig. Bei einer 3. Gruppe kann weder Hysterie noch psychopathische Konstitution nachgewiesen werden; aber der günstige Verlauf, der Mangel an psychischen Veränderungen trennt diese Fälle ebenfalls von den echt epileptischen. Bei einigen Fällen sind Symptome der spasmophilen Diathese (Fazialisphänomen, erhöhte galvanische Erregbarkeit) festzustellen; aber die Frage der Zugehörigkeit zu der sp. D. ist noch nicht entschieden. Der Verf. hat auch die Fälle der Literatur übersichtlich zusammengestellt und versucht, sie in seine Gruppeneinteilung zu bringen. *Weber*-Chemnitz.

C. Meyer (162a) berichtet aus der Kieler Klinik über 4 Fälle von Epilepsie, die mit Schwangerschaftsvorgängen in ursächlichem Zusammenhang stehen. Im 1. Falle war vor der 1. Gravidität im 20. Lebensjahre kein Anfall beobachtet worden. Der 1. Anfall trat 3 Wochen nach der 1. Entbindung auf; in den 3 folgenden Schwangerschaften je 1 Anfall vor und nach der Geburt; dazwischen keine Erscheinungen von E. Im 2. Falle trat eine typische E. mit progredientem Verlauf während der 1. Schwangerschaft im 27. Lebensjahre auf und blieb auch in der schwangerschaftsfreien Zeit bestehen. Der 3. Fall ist eine seit dem 15. Lebensjahre bestehende typische E., die während der Schwangerschaften Vermehrung und Erschwerung der Anfälle zeigte; einmal trat nach Entbindung durch Kunsthilfe ein Verwirrungszustand mit katatonen Symptomen auf. Auch der 4. Fall ist eine echte, seit der Pubertät bestehende E.; hier wurde bei 6 Schwangerschaften eine Herabsetzung der Zahl der Anfälle während der Gravidität beobachtet; nach der 6. Entbindung trat ein länger dauernder Verwirrungszustand mit paranoischen Symptomen auf.

Irgendwelche allgemeineren Schlußfolgerungen lassen die beobachteten Fälle nicht zu; die Arbeit enthält außerdem das übliche Literaturreferat über das besprochene Thema. *Weber*-Chemnitz.

Redlich (193) untersucht das Vorkommen von Epilepsie bei Tumoren der Hypophyse an der Hand einer Anzahl eigener Beobachtungen; die genaue klinische und zum Teil anatomische Schilderung dieser Fälle ist auch für die Diagnostik der Hypophysentumoren interessant und lehrreich. Außerdem zeigt er aber, daß ziemlich häufig bei dieser Erkrankung als Frühsymptom epileptische Anfälle vorkommen, auch zu einer Zeit, wo die übrige Symptomatologie noch sehr dürftig ist. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um ein Allgemeinsymptom des Tumors durch Raumbeengung, manchmal auch um Lokal- oder Nachbarschaftssymptome — Nähe des Ammonshornes, Anfälle mit Geruchsaura. Eine Wirkung des Tumors in dem Sinne, daß die veränderte Funktion der Schilddrüse durch Störungen der inneren Sekretion die Anfälle auslöse, ist nicht sicher erwiesen, kann höchstens indirekt in Frage kommen. *Weber*-Chemnitz.

Ammann (6) hat bei den Kranken der Züricher Epileptikeranstalt Zahl, Art und Schwere der Anfälle in Jahres- und Tageskurven aufgezeichnet und sie verglichen einerseits mit den aus der Kriminalpsychologie bekannten Jahreskurven (Empfängnis, Sittlichkeitsverbrechen, Affekt- und Vorbedachtsverbrechen, Selbst-

mord, körperliche und geistige Entwicklung u. a.), anderseits mit den Kurven meteorologischer Vorgänge. Seine Untersuchungen ergeben folgendes Resultat: Die Häufigkeit der epileptischen Anfälle in Zürich läßt eine jährliche Periode erkennen mit einem Minimum im Juni—Juli und einem Maximum im November und im Februar. Mit ähnlichen Wendepunkten im Sommer und im Winter verlaufen die erwähnten kriminalpsychologischen Kurven sowie diejenigen der Bewölkung, der nebligen, trüben und heiteren Tage. Das weist auf die Sonnenstrahlung hin. Die Luftelektrizität und der Erdmagnetismus verhalten sich genau wie die Anfallskurve. Die Nachtkurve der Anfälle zeigt 2 Höhepunkte, abends 10 Uhr und morgens 4 Uhr. Sie stehen in Verbindung mit der größten Schlaftiefe und mit dem täglichen Wendepunkt im Gange der luftelektrischen Elemente. Zur Zeit der Wendepunkte der Anfallskurve erreichen die psychischen Äquivalente der Epileptiker je einen Tiefpunkt ihrer Häufigkeit. Ebenso verhalten sich die Brandstiftungen.

Weber-Chemnitz.

Fischer (73) hat festgestellt, daß die durch Amylnitrit bei Tieren experimentell hervorgerufenen Krämpfe durch Ausfall von Schilddrüse und Epithelkörperchen verstärkt, durch Ausfall von Nebenniere vermindert werden. Tiere mit Störungen im polyglandulären Apparat verhalten sich also einer bestimmten Wirkung eines Mittels gegenüber anders als gesunde Tiere. Vielleicht wirft diese Tatsache auch ein Licht auf das innere Wesen der sogenannten Idiosynkrasien.

Weber-Chemnitz.

Alter und *Thumm* (5) haben die von *Ullrich*, *Wyß* und *von den Velden* aufgestellte Theorie über die antagonistische Wirkung von Brom und Chlor im Organismus der Epileptiker experimentell nachgeprüft. Nach der Auffassung der eben genannten Autoren soll eine Überladung des Blutes mit Chlorionen allein (Kochsalzüberhäufung) die epileptischen Anfälle auslösen, während das Brom nur die Wirkung habe, die Ausfuhr des Chlors aus dem Blute zu beschleunigen, aber selbst keine krampfhindernde Wirkung ausübe. *Alter* und *Thumm* haben bei weiblichen Epileptikern starke Kochsalzlösungen intravenös gegeben, ohne daß der geringste Einfluß auf Zahl und Schwere der Anfälle ausgeübt wurde. Sie haben ferner per os in 19 Tagen sehr große Kochsalzmengen (500 g in 10 Tagen) gegeben, wobei ebenfalls die Anfälle nicht verschlimmert wurden, keine Verwirrungszustände eintraten, in einigen Fällen sogar eine Besserung erzielt wurde. Wenn also durch Kochsalzentziehung eine bessere Bromwirkung erzielt wird, so liegt dies nur daran, daß infolge des Salzhungers der Zelle die Avidität für Bromsalze gesteigert wird, während umgekehrt die günstige Einwirkung der Kochsalzzufuhr auf den Bromismus dadurch zustande kommt, daß das Kochsalz das Brom schneller aus seinen Verbindungen verdrängt, als es ohne Kochsalz ausgeschieden würde. Nur insoweit als eine Änderung im Salzgehalt der Nahrung auch die Darmverhältnisse ändert, hat sie einen Einfluß auf den Verlauf der E.; dies ist der Fall bei der mit der kochsalzarmen Ernährung meist verbundenen lakto-vegetabilen Diät. Von dem Kochsalzgehalt des Blutes selbst ist der Mechanismus der E. nicht abhängig. *Weber*-Chemnitz.

Gordon (86) kommt bezüglich der epileptischen Demenz zu folgenden Resultaten, die teils nicht neu, teils nicht richtig sind: Eine E. kann mit normaler geistiger

Leistungsfähigkeit verlaufen, besonders wenn die Anfälle nicht häufig sind. Die mit häufigen Anfällen einhergehenden E. üben einen schädigenden Einfluß auf den Geisteszustand aus, indem sie eine fortschreitende Abnahme der Intelligenz hervorrufen. Im jugendlichen Alter entstehende E. führt zu dem klinischen Bilde der Dementia praecox, im Mannesalter zu paralytischer, im Greisenalter zu seniler Demenz (?). Aber die Einzelheiten des psychischen Zustandes lassen die epileptische Natur der Demenz erkennen. Die meisten Fälle epileptischer Demenz entstehen auf dem Boden familiärer neuropathischer Disposition. *Weber*-Ch.

Abbot (1) beschreibt die psychische Erkrankung eines 38jährigen Mannes: Ohne jemals Krampfanfälle gehabt zu haben, leidet er seit seinem 25. Jahre an periodisch auftretenden Zuständen von Verwirrtheit, Halluzinationen, deliranten Wahnideen, begleitet von Störungen der Sprache und der Bewegungen, die einige Ähnlichkeit mit katatonen Symptomen haben. Den Attacken geht gewöhnlich ein Zustand von Verstimmung, Denkhemmung, Kopfschmerzen einher, der wie eine Aura den Eintritt der schwereren psychischen Veränderung anzeigt. Der Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegen andere psychische Erkrankungen: manisch-depressives Irresein, Dementia praecox, Hysterie, toxische Psychosen, und kommt nach Ausschluß aller dieser Formen zu dem Resultat, daß eine rein psychische Epilepsie vorliegen muß. *Weber*-Chemnitz.

Oberholzer (178) schildert die Aufhellung einer Amnesie, die nach einem durch äußere Vorgänge provozierten epileptischen Erregungszustand auftrat. Dabei zeigte sich, daß das stark affektbetonte Ereignis, welches die Ursache der Erregung war, am hartnäckigsten der Wiedererinnerung entzogen war. Auch die Wiedererinnerung der übrigen Ereignisse geschah nach einer bestimmten Reihenfolge, wobei die mehr oder weniger starke Unlustbetonung maßgebend war. Es liegen also hier dieselben gesetzmäßigen Beziehungen vor, die *Freud* für das Versehen und Vergessen im geistig normalen Zustand festgestellt hat. Außerdem weist Verf. darauf hin, daß auch beim echt epileptischen Dämmerzustand psychogene Momente sowohl für das Zustandekommen wie für die Aufhellung von Bedeutung sein können, ohne daß dieser psychogen beeinflußbare Anteil des Dämmerzustandes als hysterisch bezeichnet werden darf. *Weber*-Chemnitz.

Fuchs (78) gibt eine übersichtliche Darstellung der Epilepsiebehandlung besonders der in der Anstalt untergebrachten Epileptiker. Von den medikamentösen Maßnahmen empfiehlt er die Brompräparate, warnt dabei mit Recht vor den eine Zeitlang üblichen hohen Bromdosen, schildert weiter den Wert einer kombinierten Behandlung mit verschiedenen Medikamenten: Brom, Opium, Hyoszin, Atropin, Veronal, Thyreoidin. Besonders eingehend wird die Luminalbehandlung geschildert und empfohlen. Der Bedeutung der kochsalz- und fleischarmen Therapie steht er — mit Recht! — skeptisch gegenüber, wenigstens was ihre ausschließliche Anwendung betrifft. In einzelnen Kapiteln werden der Verlauf der epileptischen Anfälle, Verwirrungs-, Erregungs- und Dämmerzustände, der epileptische Charakter und die epileptischen Psychosen geschildert und dabei allenthalben Bemerkungen über ihre Behandlung und Prophylaxe, nicht nur mit arzneilichen oder diätetischen Maßnahmen, sondern hauptsächlich auf psychischem Wege durch umfassende Aus-



nutzung der Anstaltsverhältnisse, zweckmäßiges Verhalten des Arztes und des Pflegepersonals eingestreut. *Weber*-Chemnitz.

Derselbe Verfasser (79) hat in Emmendingen 30 Epileptiker mit Luminal behandelt. Etwa zwei Drittel der genauer beobachteten Patienten sind mit Erfolg behandelt worden. Eine Dosis von 2 × 0,15 erscheint ausreichend. Bedenklich ist, daß bei der Luminalentwöhnung gelegentlich schwere Zustände auftreten, doch wirkt hier eine prophylaktische Bromdarreichung günstig. Die große Mehrzahl der Fälle erfährt eine erhebliche Verringerung oder sogar ein gänzliches Fortbleiben der Anfälle; die Wirkung des Mittels auf den epileptischen Charakter ist weniger sicher.

Michálek (163) behandelt in seiner zusammenfassenden Übersichtsstudie die verschiedenen Arten von Brombehandlung, der diätetischen und chirurgischen Behandlung der Epilepsie und schildert die historische Entwicklung aller Formen der Therapie. Als Postulat seiner Kritik empfiehlt Autor baldiges Beginnen mit der Brombehandlung. In dem Falle, daß man intensiver den Gang der Krankheit beeinflussen will, muß man salzarme bzw. in schwersten Fällen salzlose Kost verschreiben. Milch- und vegetarische Diät allein, ohne Brom, beeinflußt die Anfälle nicht. Chirurgische Behandlung kommt fast ausschließlich in Fällen mit bekanntem Ausgangspunkt der Krämpfe in Betracht. *Jar. Stuchlík* (Zürich).

Mangelsdorf (148) hat seine Erfahrungen über die innerliche Anwendung von Brompräparaten insbesondere bei der Epilepsie in einer größeren Arbeit niedergelegt. Er bespricht zunächst die zur Verwendung kommenden Brompräparate. Er hat ebenfalls die Erfahrung gemacht, daß das Bromkalium erheblich besser wirkt als das Bromnatrium, auch schneller und stärker ausgeschieden wird, allerdings unter der Voraussetzung einer einwandfreien Nierenfunktion. Das Bromural hat eine weite Verbreitung gefunden, es ist völlig ungiftig; bekannt ist seine gute Wirkung bei der Seekrankheit. Besonders empfehlenswert ist das Sedobrol wegen seiner raschen und ausgiebigen Resorption. Der Opium-Brombehandlung nach *Flechsig* vermag der Verf. nach ausgiebigen Versuchen nicht das Wort zu reden. Ein weiterer Abschnitt ist der Wirkung des Broms und der Indikation für den Gebrauch dieses Mittels gewidmet. Es wird festgestellt, daß bei Beobachtungen, die sich auf eine lange Reihe von Jahren erstrecken, die Chancen der Heilbarkeit der Epilepsie durch Brom recht gering, wenn nicht überhaupt als null anzusehen sind. Den Schluß der interessanten Arbeit bildet eine Beschreibung der Bromnachweismethoden.

Damaye (54) hat bei der Behandlung des Status epilepticus mit Chloral gute Erfolge erzielt. Er gibt 5 g in heißer Milch mit der Schlundsonde, in schweren Fällen bis zu 8 g. Geringere Dosen sind bei älteren Personen und nicht intaktem Herzen angezeigt. Eventuell muß man auch Digitalisinfusionen anwenden.

Ausgehend von der Ansicht, daß gewisse Formen von genuiner Epilepsie und harnsaurer Diathese auffallende Ähnlichkeit besitzen, hat *Münch* (171) Formaldehyd-Natriumbisulfit bei 10 Epileptikern intravenös injiziert (Antiepilepticum Dr. *Münch*). Bei den meisten Patienten ließen die Anfälle nach 2—3wöchiger Behandlung auffällig nach, um dann völlig zu verschwinden. Einzelne Kranke zeigten



nach Beseitigung der Attacken Ausfallserscheinungen wie Müdigkeit, Kopfweh usw. Das Mittel ist absolut unschädlich.

Bei der 46jährigen Pat. *Liebers* (222a) stellten sich täglich bis 10 Anfälle ein. Weil luetische Organerkrankungen gefunden wurden, hat man Jodkalium (6,0 g pro die) verwendet; die Anfälle verschwanden binnen einer Woche. Seit dieser Zeit ist die Pat. anfallsfrei. Es handelte sich vermutlich um einen syphilitischen Prozeß in der Gegend des rechten Gyrus centralis. — Bei einem andern Falle von Prof. *Heveroch* operierte man wegen vermutlichen Tumor cerebri einen Luetiker, der an Epilepsie litt, und fand inoperables großes Angiom. Merkwürdig ist, daß seit der Operation sich der Pat. wohl und gesund fühlt. *Jar. Stuchlik* (Zürich).

Als hereditär bezeichnet *Stuchlik* (231) nur solche Eigenschaften, die durch das Keimplasma übertragbar sind, also eine konstitutionelle Veränderung desselben verursacht haben, die sich in folgenden Generationen zu wiederholen pflegt. Alkohol kann — wie es physiologisch, pharmakologisch und mikroskopisch nachgewiesen wurde — eine solche Veränderung verursachen: Blastophthorie im Sinne *Forels*. In folgender Generation äußert sich dann diese Schädigung durch verschiedenartige Erkrankungen des Organismus; eine dieser Nachkrankheiten, deren Beschaffenheit wir voraus nicht bestimmen können, und ziemlich häufige, ist die Epilepsie. Es ist also biologisch das Zustandekommen der Epilepsie bei den Kindern von Alkoholikern gut denkbar, und die Hypothese, daß sowohl Alkoholismus als auch Epilepsie gleichwertige Äußerungen einer psychopathischen Anlage seien, überflüssig, nichts erklärend. *Jar. Stuchlik* (Zürich).

Bei Hydrozephalus, bei manchen Hirngeschwülsten und bei genuiner und organischer Epilepsie empfiehlt *Anton* (8) die von ihm und *Bramann* ausgearbeitete Methode des Balkenstiches, kleine Trepanationsöffnung des Schädels etwas seitlich von der Scheitelhöhe, Spaltung der Dura; dann kommt man mit einer Hohlkanüle unter Führung der Sichel auf den Balken des Gehirns. Dieser wird durchstoßen, so daß sich die Ventrikelflüssigkeit frei in den Subduralraum entleeren kann; bei stärkerem Druck bleibt die Öffnung monatelang offen und ermöglicht einen Ausgleich der Druckverhältnisse durch regelmäßigen Flüssigkeitsabfluß. In mehreren Fällen schwerer Epilepsie wurde Besserung durch die Operation konstatiert.

Ferrari (71a) beschäftigt sich an der Hand eines Epilepsiefalles mit den Beziehungen zwischen Hirnschädigung und Anomalien innerer Organe. Es bestand Verkümmerung der linken Hemisphäre, Hydrocephalus internus, und es fanden sich hemilaterale Anomalien sowohl in bezug auf Schädelbildung und Knochenbau als auch Unvollkommenheiten in der Entwicklung der inneren Organe. Die rechte Lunge ist weniger entwickelt als die linke, das Herz klein mit wenig ausgebildeter Muskulatur, das rechte Ovarium atrophisch mit geringer Zyste. Das klinische Bild hatte ebenfalls Besonderheiten gezeigt, die die Minderung der Funktionen der rechten Seite dartaten. Besonders gibt der Zustand der Ovarien zu denken, und hier knüpft Verf. an die Schlußfolgerungen *Cenis* an, daß eine Gehirnschädigung stets mit einer Rückwirkung auf die Generationsorgane verbunden sei, wobei jedoch die Annahme sich verbiete, bestimmte Zentren des Hirnmantels seien an diesen Vorkommnissen beteiligt, denn es würden die gleichen Resultate mit Schädigung der verschieden-

sten Zonen erreicht. *Ferrari* hatte in seinem Falle eine rechtsseitige Atrophie des Ovariums vor sich im Gegensatze zur linksseitigen Schädigung der Hemisphäre, und er kommt zu der Ansicht, daß die Anomalie des rechten Ovariums, Atrophie und Zystenbildung, bewirkt wird durch die linksseitige Gehirnschädigung, und zwar auf dem Wege der Zentren der Ganglienkette des Sympathikus und der benachbarten Nervenzentren, denen der Aufbau sämtlicher inneren Organe obliegt.

Sehr eingehende histologische Untersuchungen bei epileptischen Krankheitsbildern hat *Volland* (249) in 24 Fällen angestellt. Er fand die chronische Epilepsie charakterisiert durch die Ausbildung des *Chaslin-Bleuler*schen Randgliafilzes, eine subependymäre Gliose und eine Gliafaser- und Spinnenzellenentwicklung in der Marksubstanz. Je nach der Schwere der chronisch-gliösen Prozesse zeigte sich in der Regel die Hirnrinde namentlich in den Pyramidenzellenschichten verödet. Eine Anzahl von Beobachtungen wies ein- oder doppelseitige Ammonshornsklerose auf. Die Achsenzylinder waren vielfach im Zustande der Quellung und des körnigen Zerfalls. Zahlreiche amöboide Gliazellformen zeigten Beziehungen zu den Gefäßwänden und nervösen Elementen, sie waren am zahlreichsten im Großhirn, aber auch im Kleinhirnmark anzutreffen. Lipoide Abbauprodukte lagen in den adventitiellen Lymphräumen, einfach basophile, körnige und fibrinoide Substanzen in den perivaskulären Räumen. Die amöboide Umwandlung der Glia ist nicht charakteristisch für Epilepsie. Bei Patienten, die an einem einzelnen oder an gehäuften Anfällen gestorben waren, konnten Mastzellen an den Gefäßwänden der Hirnrinde gefunden werden; Plasmazellen wurden niemals gefunden. Verf. glaubt, daß bei der Entstehung der echten chronischen Epilepsie toxische Einwirkungen in Frage kommen. Das sehr häufige Vorkommen der *Cajal-Retzius*schen Zellen in der äußersten Rindenschicht in Verbindung mit Anomalien im Zentralnervensystem und andern Organen lassen an eine erhöhte Prädisposition zur epileptischen Erkrankung denken.

Grabe (90) beschreibt 2 Fälle, in denen echte Tetanie mit nervösen bzw. hysterischen Symptomen vereinigt war. In der ersten Beobachtung, die eine 42jährige Frau betraf, wurde neben den tetanischen Krämpfen ein nervös-spastischer Pylorusverschluß konstatiert. Das *Trousseau*sche Phänomen war deutlich nachweisbar, ebenso das *Chvostek*sche Zeichen. Die längere Zeit bestehende Magenstörung war offensichtlich die Veranlassung zum Ausbruch der Tetanie. Im zweiten Falle bestand eine deutliche Mischform von Hysterie und Tetanie. Die Kalziumtherapie erwies sich bei beiden Kranken als wirksam.

Die Beziehungen zwischen Tetanie und Altersstar sind von *Fischer* und *Triebenstein* (74) eingehend untersucht. Von 68 Patienten mit senilem und präsenilem Star boten 60 = 88,2% sichere Erscheinungen von latenter Tetanie. Eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts war nicht zu folgern. Kontrolluntersuchungen an Individuen entsprechenden Alters ohne Linsentrübungen ergaben, daß die Latenzzeichen der Tetanie sich bei den Leuten mit Altersstar öfter zeigen als bei solchen mit klaren Linsen. Zwischen beiden Krankheitsbildern muß ein pathogenetischer Zusammenhang bestehen. Da die Frage nach Krampfzuständen in der Jugend fast stets verneint wurde, war es wahrscheinlich, daß die Tetanie und somit die Insuffizienz der Epithelkörperchen erst im Alter entstanden ist.



C. Chorea und andere motorische Neurosen.

Kiesselbach (118) hat eine an *Huntington*scher Chorea leidende Patientin beobachtet und das Gehirn eingehend untersucht. Es fand sich eine weitverbreitete Atrophie der nervösen Elemente des ganzen Zentralnervensystems, besonders waren die kleinen Zellen der Putamina und Schwanzkerne entartet, weniger die Sehhügel, der Nucleus dentatus und die Stirnhirnrinde. Außerordentlich vermehrt waren die kleinen Gliazellen, die sich vielfach um mehr oder weniger stark veränderte Ganglienzellen in Häufchen angesammelt hatten. Eigentümliche kalkartige Einlagerungen waren im Streifenhügel und im vordersten Abschnitt des Thalamus opticus zu sehen. Verf. führt weiter aus, daß alle genauer untersuchten Fälle darin übereinstimmen, daß die Basalganglien und unter diesen wieder die Streifenhügel erkrankt waren.

Swift (235) hat vermittelst des Kymographen die Stimme bei Chorea untersucht. Er fand, daß die choreatischen Bewegungen Erhöhung des Tones und der Intensität bei der Hervorbringung von Vokalen verursachen, besonders bei Wiedergabe des Vokals a. Dies Symptom ist so konstant, daß es durchaus Beachtung verdient. Derselbe Verfasser (236) beschreibt weiter seine Untersuchungen, die er an 20 Fällen von Chorea in über 500 Beobachtungen angestellt hat. Er fand hier das choreatische Stimmsymptom in 2 von 3 Fällen.

Über das Vorkommen von Paralysis agitans und Myxödem berichtet *Vetlesen* (248). Er konnte in 3 Fällen beide Erkrankungen bei demselben Individuum feststellen, in einem 4. Falle fand er Paralysis agitans mit einer regressiven Form von Struma verbunden. Als Ursache nimmt er an, daß in den Glandulis parathyreoideis ähnliche Veränderungen wahrscheinlich regressiver Natur auftreten wie in der Thyreoidea, und so die Paralysis agitans bewirken. Im Einklang mit dieser Ansicht steht, daß die Organotherapie mit Parathyreoidsubstanz bei der Paralysis agitans zweifellose Erfolge zu verzeichnen hat. Ferner läßt sich auf operativem Wege eine Form parathyreoidaler Insuffizienz bei Tieren hervorbringen, die klinisch der Paralysis agitans des Menschen sehr ähnlich ist.

Jedlička (110a) bespricht auf Grund einer Reihe von Fällen die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie von Ticks und weist namentlich auf die Imitation als wichtiges ätiologisches Moment hin. *Jar. Stuchlík* (Zürich).

D. Hysterie.

Das Fehlen sämtlicher Reflexe im hysterischen Dämmerzustande bei einem neuropathisch disponierten 33jährigen Beamten konnte *v. Ehrenwall* (65) feststellen. Im Anschluß an eine schwere körperliche Erkrankung und ein psychisches Trauma traten zuerst im 12. Lebensjahre Zustände von Bewußtlosigkeit auf. Die Anfälle waren als hysterisch zu bezeichnen. Zuletzt wurde nach einer heftigen Gemütsbewegung ein Dämmerzustand mit totaler Areflexie beobachtet. Die maximal erweiterten Pupillen waren völlig starr auf Lichteinfall; die Patellar- und Achillessehnenreflexe, ferner alle übrigen Schleimhaut-, Haut- und Periostreflexe fehlten. Allmählich erst kehrten die Reflexe entsprechend der Aufhellung des Bewußtseins wieder und wurden sogar teilweise recht lebhaft. Die Ursache der Pupillenstarre



sucht Verf. in einem Reizzustande des sympathischen Nervensystems. Auch das Fehlen der Patellarsehnenreflexe ist zweifellos ganz funktionell.

Hallervorden (100) beschreibt eingehend eine hysterische Psychose mit alternierenden Bewußtseinszuständen. Die 41jährige Patientin erkrankte in ihrem 18. Lebensjahre. Sie bekam heftige hysterische Krampfanfälle, Sprach- und Sehstörungen sowie Verwirrtheitszustände. Später traten alle diese Erscheinungen zurück, es blieben aber Perioden, in denen die Patientin sich verfolgt glaubte und die Personen ihrer Umgebung verkannte. Nach einer normal durchschlafenen Nacht erwachte sie dann gesund, es bestand völlige Amnesie für die ganze Krankheitsphase. Während des nächsten Zustandes war sie aber imstande, sich an alles, was sie in kranken und gesunden Zeiten erlebt hatte, zu erinnern. Nach dem Erwachen knüpfte sie mit ihrer Erinnerung unmittelbar an die letzte gesunde Zeit an. Gewisse Beziehungen zwischen den Zuständen und dem Geschlechtsleben der Patientin waren unverkennbar. Das ganze Krankheitsbild bleibt rätselhaft, höchstens könnte man an ein getrenntes Funktionieren der beiden Hirnhälften denken.

E. Schilddrüse, Thymus.

C. J. Parhon et Mme. *C. Parhon* (184) berichten über die Hyperthyroidisation der Vögel und die Widerstandskraft dieser Vögel gegen allgemeine Infektionen.

Es wurden ausgewachsene Hühner und Enten während eines Jahres mit Schilddrüsenpräparaten behandelt. Am Ende des Jahres brach eine Choleraepidemie unter den Tieren aus. Von den mit Schilddrüsenpräparaten behandelten Tieren erkrankten einige überhaupt nicht und 40% kamen mit dem Leben davon; von den nicht behandelten Tieren erkrankten alle, und nur 11,11% kamen mit dem Leben davon.

Diese Tatsache scheint zu bestätigen, daß die Schilddrüse eine wichtige Rolle in der Immunität spielt, was von einigen Autoren gebilligt, von andern bestritten wird.

Es wird noch erwähnt, daß am Anfange der Behandlung eins der jüngeren Tiere an Anämie starb, während ein anderes Tier an Anämie erkrankte, sich aber wieder erholte, als die Behandlung ausgesetzt wurde.

Man kann bei diesen beiden Fällen an Hämorrhagien der inneren Organe denken, welche man auch bei Fällen von Hyperthyroidismus findet.

Durch *Weber*-Chemnitz.

C. J. Parhon et Mlle. *Marie Parhon* (184a) berichten über die *Abderhalden*sche Seroreaktion bei Myasthenie.

Darnach spielen die Schilddrüse, die Thymus und die Epithelkörperchen eine Rolle bei dem Syndrom der Myasthenie. Diese Reaktion zeigt auch, daß sich im Blute Muskelalbumen befindet. *Lundberg* sei derselben Ansicht. Die Autoren haben mit *Goldstein* und *Michailesco* durch Experimente Beweise dafür geliefert, welche *Markeloff* auch bestätigt hat.

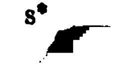
Die Resultate erlauben nicht, festzustellen, welcher Art die Beziehungen der verschiedenen Sekretionsstörungen unter sich und zu den Muskelstörungen sind. Dazu bedarf es neuerer Untersuchungen. Durch *Weber*-Chemnitz.



C. J. Parhon und *Odobesco* (183) berichten über eine psycho-endokrinisches Syndrom, welches sich als ein paranoider Zustand mit Störungen der Schilddrüse und der Eierstöcke präsentiert. Es handelt sich um 3 Fälle, bei denen man nicht systematisierten Verfolgungswahn und heftige Erregungszustände konstatiert. Dann körperlich Amenorrhöe in 2 Fällen und Unregelmäßigkeiten der Periode in einem Falle. Man findet dieselben Erregungszustände und die Störungen der Periode bei der *Basedow*schen Krankheit. Die Zählung der Leukozyten ergibt eine Mononukleose; welche sich ebenfalls bei der *Basedow*schen Krankheit findet. Die *Abderhalden*sche Reaktion ist stark positiv. Sie ist es ebenfalls für die Gehirnsubstanz und in 2 Fällen für den Eierstock. Die Tatsache, daß die *Abderhalden*sche Reaktion für die Gehirnsubstanz positiv ist, spricht dafür, daß die Drüsenstörungen die ersten waren, auf die dann später die psychischen Störungen folgten. Prognostisch hat sie eine schlechte Bedeutung. Die Autoren nehmen an, daß es eine Form der Dementia praecox (paranoides) sei, oder sind eigentlich noch mehr geneigt, sie als eine besondere Gruppe zu betrachten, auf welche sie die Aufmerksamkeit der Psychiater lenken wollen. Durch *Weber*-Chemnitz.

Friedemann und *Kohnstamm* (75) haben eine an Basedow leidende 40jährige Lehrerin behandelt. Sie nehmen an, daß die Störung der Schilddrüsensekretion in diesem Falle durch fortgesetzte seelische Depressionen und Aufregungen entstanden ist. 4 Monate nach der Strumektomie war der Zustand der Patientin noch eher verschlechtert als gebessert, erst eine hypnotisch-suggestive Behandlung führte zu einer Besserung der Basedowsymptome. Besonders hypnotische Schlafetappen erwiesen sich als wirkungsvoll. Die Verf. sind Anhänger des psycho-analytischen Verfahrens, ihre Methode schließt sich an die *Breuer-Freud*sche an.

Über die operativen Erfolge bei der Behandlung des Morbus Basedowii hat *Klinke* (123) eine von der *Möbius*-Stiftung preisgekrönte Arbeit geschrieben. Wenn er auch die Erfolge der Chirurgen anerkennt, so berechnet er doch nur etwa 20—25% Heilungen bei einer Mortalität von 3,05%. Dabei ist noch nicht einmal bekannt, wie viele dieser angeblich geheilten Kranken später wieder erkrankt sind, oder wie viele der Gebesserten sich wieder verschlechtert haben. Die operativen Eingriffe vermögen häufig nur einzelne Symptome und diese nur vorübergehend zu bessern, während die Erfolge der inneren Behandlung durchaus nicht gering sind. Neuerdings hat man mehr und mehr der Thymus seine Aufmerksamkeit zugewendet und gefunden, daß in den meisten Fällen von Morbus Basedowii die Thymus persistiert bzw. hyperplastisch ist. Aus diesem Grunde hat man öfter mit gutem gutem Erfolge die Thymus reseziert. Entfernt man die Thymus, so kann die bei Morbus Basedowii vorhandene Lymphozytose sich bessern. Ist es richtig, daß die Thymushyperplasie primär, die Basedow-Struma sekundär ist, so kann man schließen, daß die Ursache der Sekretionsanomalie der Thyreoidea in einer primären Störung des endokrinen Systems liegt, wofür auch die Befunde am Adrenalsystem sprechen. So findet die alte Theorie, daß die Schilddrüsenerkrankung auf eine primäre Affektion des Sympathikus zurückzuführen ist, eine Stütze. Verf. steht auf dem Standpunkte, daß der Chirurgie die Hauptrolle in der Behandlung des Morbus Basedowii nicht zugewiesen werden darf. Die Schlußfolgerungen des Verf. beruhen auf einer eingehenden





Prüfung der Literatur und Bewertung der Statistik. Alles Wissenswerte über Operationsresultate, experimentelle Forschungen, pathologische Anatomie und Therapie ist sorgfältig und übersichtlich zusammengestellt.

Grumme (95) stellt auf Grund theoretischer Erwägungen die Sätze auf, daß die erste Ursache des Myxödems Mangel an Jod in der Nahrung ist, während die *Basedow*sche Krankheit durch eine funktionsschwache Schilddrüse bei ausreichendem oder zu reichlichem Jod in der Nahrung entsteht. Wesensursache des endemischen Kretinismus ist, wie bei Myxödem, ein Mangel an Jod in der Nahrung des Kindes und bei kongenitalem Kretinismus in der Nahrung der Mutter. Kretinismus und Myxödem werden günstig beeinflußt durch organisches Thyreoideajod, ebenso endemischer Kropf. Bei Basedow schadet jedes Jod, ebenso bei anscheinend einfachem Kropf, der besonders im Flach- und Vorlande vielfach eine Vorstufe von Basedow ist.

Anläßlich zweier beobachteten Basedow-Fälle mit einseitigen Augensymptomen hat *Troell* (239) die *Landström*sche Basedow-Hypothese in Erwägung genommen. Zunächst fand er bei einer Durchmusterung des ganzen Basedow-Materials des Seraphina-Lazaretts — 165 Fälle —, daß mindestens 16 dieser Patienten (= 10%) einseitige oder vorwiegend einseitige Augensymptome darboten. Mit dieser Tatsache konnte er nun die *L.*sche Theorie nicht im Einklang bringen. Und zwar nicht, weil der *L.*sche Muskel nicht existieren sollte — obgleich wohl die Ausbreitung und Anheftung desselben nicht eben die von *L.* behaupteten waren —, sondern wegen klinisch und experimentell festgestellter Fakta. Denn einerseits war es nicht zu erklären, warum — nach der *Möbius*schen Schilddrüsentheorie — eine durch die Zirkulation vermittelte Giftwirkung von der kranken Schilddrüse her zuweilen auf den Halssympathikus nur der einen Seite beschränkt sein sollte. Und andererseits ließ sich auch nicht die zunächststehende Erklärungsmöglichkeit erhalten, daß nämlich die Halssympathikusreizung (durch welche die Kontraktion des *L.*schen Muskels und somit die Augensymptome ausgelöst werden sollten) von einem leichten mechanischen Druck einer auf der einen Seite des Halses gegen die Tiefe hin am stärksten ausgesprochenen Vergrößerung der Schilddrüse verursacht würden. Denn, von andern Umständen abgesehen, wäre es ja dann unbegreiflich, warum Pupillenerscheinungen fast nie bei Morbus Basedowii vorkommen, während dagegen bei experimentellen elektrischen — vom Verf. und früher von anderen gemachten — Reizungen eines Halssympathikus stets sowohl Pupillenvergrößerung als Lidspaltenerweiterung auftreten (und Durchschneiden des Halssympathikus eine Pupillenverengerung und Lidspaltenverminderung hervorrufen).

(Autoreferat.)

Auch *Matti* (157) ist der Ansicht, daß die hyperplastische Thymus bei Morbus Basedowii aktiv beteiligt ist, sie ist als eine der Schilddrüsenveränderung parallel laufende Erscheinung aufzufassen, die aber nicht kompensatorisch wirkt. Mit Thymushyperplasie ist häufig eine Hypoplasie des Nebennierenmarkes verbunden, es erscheint daher die Vorbehandlung solcher Patienten mit Adrenalin angezeigt. Zeigt die Schilddrüse nur geringe Veränderungen, während die Thymus deutlich hyperplastisch ist, so kommt eine primäre Resektion der letzteren in Betracht.



Auch die Lymphozytose bei Basedow kann durch Thymusresektion beeinflußt werden. Jedenfalls muß die Forschung die Rolle der hyperplastischen Thymus weiter aufklären, besondere Berücksichtigung verlangen auch das Nebennierenmark, die Keimdrüsen, Hypophyse und die Epithelkörperchen.

Buckley (42a) berichtet in einer Studie über die Beziehungen zwischen Hyperthyroidismus und Nervensystem, über Forschungen auf diesem Gebiet innerhalb der letzten 20 Jahre mit dem Ergebnis, daß in einer überwiegenden Mehrzahl von Fällen der Hauptfaktor der Erkrankungen in einer Überempfindlichkeit bzw. Schädigung des Nervensystems zu suchen ist, andrerseits aber zu beachten ist, daß die primäre Ursache sowohl in der Einwirkung des Nervensystems auf die Hyperfunktion der Schilddrüse bestehen, als auch, entgegengesetzt, die Reizung des Nervensystems durch die Schilddrüsentätigkeit verursacht werden kann, somit die primäre Ursache schwer erkennbar ist. An *Grave*schen und andern Erkrankungen, auch an einem eigenen Falle, erörtert Verf. das Nähere, verweist auf die hereditären Verhältnisse und kommt zu der Ansicht, daß erst dann über die fraglichen Beziehungen Klarheit herrschen wird, wenn die Wirkung des Schilddrüsensekrets auf Personen einwandfrei festgestellt ist, die weder Hypo- noch Hyperthyroidismus zeigen.

Korczynski (126a) beschreibt einen Fall von *Dercum*scher Krankheit bei einer 63 Jahre alten Frau, in deren Familie die Neigung zum Fettwerden ein erbliches Übel darstellt und sich über 4 Generationen erstreckt. Schon viele Jahre vor dem Erscheinen der eigentlichen Adipositas dolorosa bestand gewöhnliche Fettleibigkeit. Im Blute waren die mononukleären und eosinophilen Zellen vermehrt, außerdem kamen sogenannte Lymphoblasten vor, auch die basophilen Leukozyten hatten an Zahl zugenommen. Die Behandlung mit *Merck*schem Thyreoidin und Uteramin brachte subjektive Erleichterung, Besserung des Pulses und eine günstigere Zusammensetzung des Blutbildes, besonders eine starke Abnahme der basophilen Leukozyten.

Nach *Goldstein* (84) zeigen Menschen mit einer angeborenen Hypoplasie der Genitalien häufig auch Wachstumsanomalien, entweder ein abnormes Längenwachstum oder starke Fettleibigkeit. Der Verf. beweist an einer Anzahl von ihm untersuchter Fälle, daß diesen Störungen eine Hypoplasie oder Dysplasie mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion zugrunde liegt; so fanden sich die Hypophyse und die Schilddrüse verändert neben den hypoplastischen Genitaldrüsen. So läßt sich ein Krankheitsbild aufstellen, das je nach dem verschiedenen Betroffensein der einzelnen Drüsen verschiedene Symptomenkomplexe aufweist; in den meisten Fällen sind diese Krankheitsbilder auch durch eine Hypoplasie des Gehirns und durch familiäres Auftreten charakterisiert. *Weber*-Chemnitz.



9. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Alt*, *Rud.*, Entwicklung der Fürsorge für Geisteskranke. Sonderdruck aus: Soziale Kultur u. Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelms II. Berlin 1913. Stilke. 11 S.
2. *Alter*, *W.* (Lindenhaus), Zur Irrenstatistik in England und Deutschland. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 15, Nr. 49 u. 50. (S. 266*.)
3. *Alter*, *W.* (Lindenhaus), Aus Sachsens neuer Anstaltsordnung. Ztschr. f. Krankenanstalten Jahrg. 10, H. 8. (S. 260*.)
4. *Bernhardt*, *M.* (Berlin), Die großstädtische Versorgung Geisteskranker in Familienpflege. (Vortrag geh. i. d. Ges. f. soz. Med., Hygiene u. med. Stat.). Ref. *A. Teilhaber*. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 22, S. 714.
5. *Bresler*, *Joh.* (Lüben), Die Deutschen Volks-Nervenheilstätten i. J. 1913. Halle. C. Marhold. — 75 Pf.
6. *Carswell*, *J.* (Glasgow), Le quartier d'observation psychiatrique de Glasgow. L'Assistance, Janv., p. 1.
7. *Curwen*, *John* (Harrisburg, Pa.), On the propositions of the association of Superintendents of American hospitals for the insane. The Alienist and Neurologist vol. 35, Nr. 4, S. 397.
8. *van Deventer* (Amsterdam), Die soziale Stellung des Anstaltsarztes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 944.
9. *Eisath*, *Georg* (Hall), Die Entwicklung des irrenärztlichen Heilverfahrens seit 100 Jahren. Psychiatr.-neurol. Wschr. Jahrg. 16, Nr. 8 u. 9. (S. 262*.)
10. *Ferrari*, *G. C.*, La colonisation libre des anormaux du caractère. L'Assistance, Mai.
11. *Fischer*, *Max* (Wiesloch), Die badische Irrenfürsorge in Geschichte und Gegenwart. Irrenpflege Jahrg. 18, Nr. 2.
12. *Fischer*, *Max* (Wiesloch), Die Ausleihung der ärztlichen Krankengeschichten. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 2274, Nr. 48. S. 2306. (S. 265*.)
13. *Fischer*, *Max* (Wiesloch), Berufsgeheimnis und Herausgabe der



Krankengeschichten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 3, S. 464.

14. *Flister, R.*, Hauptlehrer (Uchtspringe), Jugendpflege in den Heilanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 980.
15. *Gaupp, Robert* (Tübingen), Der Schutz vor gefährlichen Geisteskranken. Schwäbischer Merkur v. 10. März 1914, Nr. 114, Abendblatt. (S. 261*.)
16. *Heilbronner, K.* (Utrecht), Die psychiatrisch-neurologische Klinik der Reichsuniversität Utrecht. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 18, S. 211.
17. *Hösel, O.* (Zschadraß), Über weibliche Pflege auf der Männerabteilung der Kgl. Sächs. Heil- u. Pflegeanstalt Zschadraß bei Colditz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 27, H. 2, S. 179. (S. 264*.)
18. *Hoffmann, Erwin* (Emmendingen), Ein Fall erfolgreicher Behandlung von Oberflächenkarzinom nach *Zeller*, mitgeteilt unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse an Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 18, S. 214.
19. *Horion* (Düsseldorf), Die Irrenstatistik in England. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 43, S. 521.
20. *Hübner* (Arnsdorf i. Sachs.), Welche Aufgaben fallen dem Lehrer in einer sächsischen Heil- u. Pflegeanstalt für Geisteskranke zu? Die Heilanstalt Nr. 10.
21. *Jones, Edith Kathleen* (Waverley, Mass.), The value of the library in the hospital for mental disease. Maryland psychiatrie quarterly vol. 4, p. 8. (S. 261*.)
22. *Jones, Edith Kathleen* (Waverley, Mass.), Culture courses in training schools for nurses. The modern hospital vol. 3, nr. 3. (S. 261*.)
23. *Jurmann, N. H.*, Asiles psychiatriques de Paris. Gaz. psychiatrique no. 6, p. 97.
24. *Kellner* (Alsterdorf), Die ärztliche Versorgung der Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker. Ztschr. f. d. Erf. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7, H. 5—6, S. 369.
25. *Klinke, O.* (Lublinitz), Arbeitsentlohnung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 131.
26. *Kluge, P.* (Wolmirstedt), Über die Notwendigkeit psychiatrischer



Fortbildungskurse für Kreisärzte. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 989.
27. *Koller*, *A.* (Herisau), Statistisches über das Irrenwesen in der Schweiz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 26, H. 1, S. 113. (S. 265*.)
28. *Kühns*, *K.* (Hannover), Die zahnärztliche Behandlung in Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 899.
29. *Marbe*, *Karl*, Das psychologische Institut der Universität Würzburg. Fortschr. d. Psychol. Bd. 2, p. 302.
30. *Meeus*, *Fr.* (Gheel), L'inspection des aliénés traités en dehors des asiles en Hollande. Bull. de la Soc. de méd. ment. en Belg. no. 173, p. 148.
31. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Die psychiatrische und Nervenklinik zu Königsberg. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 2, S. 673.
32. *Müller*, *Helmut* (Dösen), Die neuen Aufnahmegebäude in der Anstalt Leipzig-Dösen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6. S. 965.
33. *Mylne*, *R. S.*, Le Bethlem Royal Hospital. L'assistance no. du févr.
34. *O'Doherty*, *P.* (Omagh), Some features of the recent outbreak of enteric fever at Omagh District Asylum. The Journal of mental science vol. 60, nr. 248, p. 76.
35. *Osler*, *W.*, Specialism in the General Hospital. The American journ. of insanity vol. 69, nr. 5, p. 845.
36. *Pierre-Kahn* et *Combessedès*, Fontionnement du service d'isolement de l'Hôtel-Dieu pour les malades agités et délirants. L'Assistance no. du Mai. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris no. 9, p. 448.
37. *Raviard* et *Hannard*, *P.*, Les hôpitaux psychiatriques. Projet de loi. Amendement de *M. Genoux.* Modifications proposées. Arch. internat. de Neurol. 36e ann. vol. 2, no. 1, p. 37.
38. *Reichel*, *V.* (Dobrany), Vorschlag zur Einführung einheitlicher Formulare der Krankengeschichten und Zeugnisse für Irrenanstalten. Čas. česk. lék. vol. 53, p. 1020.
39. *Rodiet*, *A.* (Dun-sur-Auron), Quelques opinions sur l'encombrement des Asiles de la Seine. Un des moyens de désencombrement. Arch. internat. de Neurol. 12e sér., vol. 1. (S. 264*.)



40. *Römer*, *H.* (Illenau), Die Irrenstatistik im Dienste der sozialen Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 49, 589. (S. 267*.)

41. *Römer*, *H.* (Illenau), Zur Reform der deutschen Irrenstatistik. Arch. f. soziale Hygiene u. Demographie Bd. 9, H. 3—4, S. 308. (S. 267*.)

42. *Schlöß*, *H.* („Am Steinhof"-Wien), Über das numerische Verhältnis der Ärzte und Pflegepersonen in den öffentlichen und privaten Heil- u. Pflegeanstalten für Geisteskranke. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 938.

43. *Schlöß*, *Heinr.* (Wien), Referat über die Änderung des offiziellen Diagnosenschemas für die statistischen Berichte der Irrenanstalten in Österreich. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, 1913. (S. 267*.)

44. *v. Schuckmann* (Plagwitz), Das feste Haus der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt zu Plagwitz (Bober). Sonderabdruck aus dem Illustrationswerk „Heil- u. Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke". Verlag v. Marhold in Halle. (S. 264*.)

45. *Schütze*, *C.* (Bad Kösen), Der Nachteil der dauernd steigenden Anlage- und Betriebskosten von Sanatorien. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1688. (S. 262*.)

46. *Schulte*, *F.* (Niedermarsberg), Gedenkwort zum 100jährigen Bestehen der Provinzialheilanstalt Marsberg. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31/32, S. 303.

47. *Sérieux*, *P.* et *Libert*, *L.*, Règlements de quelques maisons d'aliénés Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg. no. 174, p. 209.

48. *Siemens*, *F.* (Lauenburg i. P.), Die Provinzial-Heilanstalt Lauenburg i. P. nach 25 Jahren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 25, H. 1—2, S. 1.

49. *Stamm*, *M.* (Ilten), Über familiäre Irrenpflege. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 913.

50. *Stansfield*, *T. E. Knowles* (Bexley, Kent.), The villa or colony system for the care and treatment of cases of mental disease. The Journ. of ment. science vol. 60, nr. 248, p. 30. (S. 260*.)

51. *Starlinger*, *Josef* (Mauer-Öhling), Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke. Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 36. (S. 265*.)



52. *Stemmer*, *W.* (Stuttgart), Das Irren- und Siechenhaus Pforzheim und seine Ärzte. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 289.

53. *Swolfs*, *O.*, De l'enseignement de la psychiatrie et l'inspection des Asiles en Belgique. Bull. de la Soc. de méd. ment. en Belg. no. 174, p. 251.

54. *Tomaschny*, *V.* (Stralsund), Ein Beitrag zur Frage des Pflegeunterrichts. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 25. H. 1 u. 2, S. 126. (S. 267*.)

55. *Uhlmann* (Zugerberg, Schweiz), Zur Frage der vorzeitigen Entlassung von Geisteskranken aus der Heilanstalt. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5, S. 55. (S. 265*.)

56. *Wahl* (Pontorson), Du sort des aliénés en Normandie avant 1789. Ann. médico-psychol. vol. 72, p. 696.

57. *van Walsem*, *G. C.*, Über die Entwicklung der Technik der Anstaltsbauten. Psych. en neurol. Bladen vol. 18, p. 412.

58. *Wattenberg*, *Oskar* (Strecknitz-Lübeck), Staatliche Heilanstalt für Nervöse und Geisteskranke Lübeck-Strecknitz. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47, S. 565. (S. 263*.)

59. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Zur Feier des 20jährigen Bestehens der Landesheilanstalt Uchtspringe. Direktor Professor Dr. *Alt*. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 805.

60. *Werner*, *G.* (Bedburg-Hau), Über das belgische Irrenwesen. Nach dem amtlichen Bericht 1913. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 18, S. 211. (S. 262*.)

61. *Werner*, *G.* (Bedburg-Hau), Über englisches Irrenwesen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35/36, S. 330, Nr. 37/38, Nr. 341. (S. 263*.)

62. *Weygandt*, *W.* (Hamburg-Friedrichsberg), Über Prosekturen an Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, H. 6, S. 958.

63. *Wickel*, *C.* (Dziekanka-Gnesen), Über die Ausbildung des Pflegepersonals. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17, S. 204. (S. 267*.)

Alter (3) bespricht die neue Anstaltsordnung im Königreich Sachsen und kommt zu der Überzeugung, daß die sächsische Staatsverwaltung dem sächsischen Irrenwesen mit der mustergültigen Anstaltsordnung eine nachhaltige und dankenswerte Förderung erwiesen hat.

Stansfield (50) ist ein warmer Fürsprecher des Villa- und Koloniesystems bei der Anlage von Anstalten. Er schätzt, daß unter den 90% chronischen Kranken, die nach den 10% akut Kranken, die in geschlossenen Häusern behandelt werden müssen, verbleiben, sich ein großer Teil für die freie Behandlung eigne. Er schildert



die erfreulichen Zustände im Bexley-Asylum, gibt von seinen Besuchen in Deutschland Kenntnis, woselbst er in Alt-Scherbitz, Uchtspringe, Galkhausen, Eglfing und an andern Orten die besten Vorbilder der freien Behandlung fand, und kommt zu folgenden Schlüssen: Das gesellige Leben in einem dörflichen Gemeinwesen ist das Ideal für den chronisch Kranken. Das Villa- oder Cottagesystem, das sich den dörflichen Verhältnissen am weitesten nähert, bietet die beste Gelegenheit zur Beschäftigung des Kranken und ermöglicht ihm das größte Maß persönlicher Freiheit. Vom wirtschaftlichen Standpunkte aus ist das System der Barackenanlage vorzuziehen. Die Behaglichkeit, die durch die Anpassung an das System erreicht wird, soll sich auch auf die Verwaltungsgebäude erstrecken. Die Verwaltung ist nicht schwieriger als bei andern Systemen.

Gaupps (15) treffliche Darlegungen, erschienen in einem der gelesensten süddeutschen Blätter, dem „Schwäbischen Merkur", sind veranlaßt durch den „Fall Wagner" und dienen der Beruhigung und Aufklärung der Bevölkerung über die scheinbare Gefahr, daß infolge der gesetzlichen „Straffreiheit des Geisteskranken", an sich eine der höchsten Errungenschaften der Kultur, ein gefährlicher verbrecherischer Geisteskranker seinen Mitmenschen wieder gefährlich werden könne. Weiterhin spricht *Gaupp* sich über Mittel und Wege aus, um die Gesunden vor kriminellen Kranken überhaupt in möglichst vollkommener Weise zu schützen. Die Tragweite des § 51 RStGB. und seine Behandlung wird eingehend erörtert, seiner besseren Ausgestaltung im zukünftigen DStGB. (Fassung des Paragraphen im Vorentwurf von 1909) gedacht und nachdrücklich hingewiesen auf ein zuverlässiges „Sicherungsverfahren" (Ausdruck Prof. *Schultze*-Göttingen). Es wird gezeigt, daß der beste Schutz vor gefährlichen Handlungen Geisteskranker in dem rechtzeitigen Erkennen der beginnenden geistigen Erkrankung liegt, in der rechtzeitigen Abwendung der Gefahren für die Umgebung. Hier sei es Aufgabe des praktischen Arztes und anderer Organe des öffentlichen Lebens, in kleineren Gemeinden, Vorsteher und Geistlicher, für rechtzeitige Behandlung und Überführung in eine öffentliche Anstalt Sorge zu tragen. Vor allem aber seien die Ursachen der zu Geisteskrankheit führenden Entartung zu bekämpfen.

Edith Kathleen Jones (21) schildert in anziehender Weise den Wert guter Büchereien für die öffentlichen Anstalten. Sie sollen nicht nur den Gebildeten unter den Kranken eine Wohltat sein, sondern sie sollen auch den Mindergebildeten besonders denen, die infolge der Arbeitstherapie über Tags beschäftigt sind, zur Ausfüllung ihrer Erholungszeit mit Nutzen dienen. Für das Personal sollen sie eine Quelle der Belehrung und Fortbildung sein, geeignet zur Hebung des Standes beizutragen. Dementsprechend werden nicht nur reine Unterhaltungsbücher geboten werden müssen, sondern es soll auch auf eine sorgfältige und zeitgemäße Auswahl auf belehrendem Gebiet gesehen werden. Ebenso ist auf eine übersichtliche Klassifizierung in der Bücherei selbst Wert zu legen, auf ein gefälliges Äußere der Bücher und auf eine anheimelnde Aufstellung häufig wechselnder Serien in den Erholungsräumen.

In einem andern Schriftchen (22) führt die gleiche Verfasserin, die Bibliothekarin des Mc. Lean-Hospitals ist, ihre Ansichten über den Wert der Bücherei

für das Personal weiter aus und spricht daran anschließend über die Abhaltung von den Verhältnissen angepaßten Kursen über Literatur- und Kunstgeschichte, die besonders vom weiblichen Personal der Anstalt gern besucht wurden. Die erst einjährigen Erfahrungen lassen ein abschließendes Urteil kaum zu. Jedoch ist zu sagen, daß der erzieherische Wert solcher Kurse, die dadurch angestrebte Hebung des Bildungsniveaus der Hörer, nicht von der Hand zu weisen ist. Sie werfen wohl auch auf die Patienten ihren erfreuenden Abglanz.

Nach *Schütze* (45), fußend auf *Behlas* Med.-Statistischen Nachrichten von 1912, sind in Preußen 28% der vorhandenen 3120 Heilanstalten in Privatbesitz. Ständig tauchen neue Privatanstalten auf, stets verschwindet eine große Anzahl. Kostspielige Institute werden gegründet und gehen wieder ein, weil — sie zu kostspielig sind. Häufig werden Paläste, schloßartige Gebäude auf teurem Grund und Boden errichtet. Architektur, innere Einrichtung äußerst splendide, ja oft geradezu fürstlich. Ein kostspieliger therapeutischer Apparat wird angeschafft. Wer trägt die Kosten? Der Kranke. — Wir müssen abrüsten, die Forderungen wachsen sonst ins Ungemessene. Der großen Masse des Mittelstandes muß es ermöglicht werden, Aufenthalt zu erschwinglichen Preisen in Anstalten zu finden. Zweckmäßige Einrichtungen sind nützlicher als glänzende Äußerlichkeiten. Der Arzt mit seiner Persönlichkeit und mit seiner Tüchtigkeit soll der erste therapeutische Faktor sein und nicht die zwecklos blendende Umgebung, so urteilt der Verfasser.

Eisath (9) geht bei seinen Mitteilungen von dem 1818 bei Fr. Ch. Wilh. Vogel in Leipzig gedruckten Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens von *Heinroth* aus, in dem eine allgemeine Irrentherapie, die „Hevristik“, einen umfangreichen Platz einnimmt. Dort wird jene Unzahl von Mitteln und Maßnahmen angeführt, mit denen die Kranken jener Tage behandelt und gemartert wurden. Daß damals so traurige Verhältnisse auch anderswo herrschten, geht aus *Esquirols* Bericht von 1803 hervor, der Irrenanstalten in 33 französischen Städten besuchte. Auch *Reil* zu Halle beklagte die Barbarei jener Zeit, bis es den Bestrebungen *Pinels* und *Esquirols* gelang, den Sinn für humane Behandlung zu wecken. Ein bedeutender Aufschwung datiert mit *Griesinger*. Zellenbehandlung und Zwangsmittel verschwinden immer mehr, Aufklärung und Belehrung tun das ihre, die Behörden zeigen großzügiges Entgegenkommen, und so ging man Zeiten entgegen, in denen die Wissenschaft stolz auf den Ausbau des irrenärztlichen Heilverfahrens zurückblicken kann. Dennoch aber kann und muß noch vieles geschehen. Nicht nur eine lediglich symptomatische Behandlung muß ausgeübt werden, sondern eine kausale muß größeren Raum gewinnen. Das Einweisungsverfahren ist verbesserungsfähig; die störenden Elemente, nicht nur die kriminellen, müssen von andern Kranken abgesondert werden. In Österreich soll man nicht erst ein neu zu schaffendes Irrengesetz abwarten, sondern dafür sorgen, daß „schon in den Gesetzesvorlagen für Jugend- und Trinkerfürsorge, für das Entmündigungsverfahren, die Verbesserung des Strafrechts usw., der Krankenhauscharakter der öffentlichen Heilanstalten voll und ganz zur Geltung und zum Ausdruck gelangt“.

Amtlichen Veröffentlichungen entnimmt *Werner* (60) einen schönen Bericht über das belgische Irrenwesen, der Bemerkenswertes über die Organisation der An-

stalten, die Stellung des belgischen Anstaltsarztes, über das Pflegepersonal, die sehr ausgebildete Familienpflege und sonst Einschlägiges enthält. An statistischen Angaben findet sich folgende Zusammenstellung: Bevölkerungsziffer 1911: 7 490 411, in Irrenanstalten untergebracht 19 021 = 2,54‰, in der eigenen Familie 4895 = 0,65‰. Unterhaltungskosten der einheimischen Geisteskranken 5 761 739 M., für die in der eigenen Familie Verpflegten 1 023 260 M. Aufgenommen 5030, entlassen 2857, gestorben 1831 (Selbstmord 5), unter Entlassenen geheilt 1023, gebessert 659, unverändert 1175. Alkoholiker aufgenommen 810; bei einem Bestand von 2085, entlassen geheilt 209, gebessert 119; gestorben 208. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 168, freigesprochen wegen Geisteskrankheit 107. Verurteilte am 31. XII. 1915 in Mons und Tournai 161 (150 m., 11 w.), Freigesprochene 295 (250 m., 45 w.). In der Kolonie Gheel, der größten Anstalt Belgiens, 2313 Geisteskranke; insgesamt 42 Anstalten. Familienpflege hauptsächlich in Gheel und Lierneux, eine dritte Kolonie der Anstalt Mons geplant. Die Zahl der in Familienpflege Untergebrachten ist seit 1907 mit 1819 gestiegen auf 2312 im Jahre 1911, davon 347 holländischer Staatsangehörigkeit. Versuche mit Unterbringung von Alkoholikern und anormalen Kindern sind günstig ausgefallen. Mortalität in Gheel 5%, gebessert und geheilt entlassen 25%, Entweichungen, Trunksucht, Vergehen kaum bekannt.

Englische Irrenanstalten besuchte *Werner* (61) im Oktober 1913. Er findet, daß die englische Irrenpflege je nach Lage und dem Charakter der einzelnen Anstalten viel größere Unterschiede aufweist als die deutsche. Die schottischen Einrichtungen — dort die so gerühmte Familienpflege und das luxuriöse „nurses"-Wesen in den Anstalten — unterscheiden sich wesentlich von den rein englischen. Die Arztverhältnisse sind nicht günstig: in England 1 Arzt auf 300 Pat., in Deutschland 1 : ca. 100. Statistische Daten sind aus dem Bericht der Grafschaft London für 1911 aufgeführt: 10 Anstalten mit 20 111 Betten, 8 Anstalten hatten 2000 bis 2400 Kranke. Geisteskranke gezählt 28 011, davon in den 10 Anstalten 20 429, weitere 7100 in städtischen Anstalten, 483 in Armenhäusern oder bei Verwandten. Jährlicher Zuwachs im Durchschnitt 529. Gesamtausgabe 13 514 502,88 M. In England wird nicht teurer gewirtschaftet als bei uns, in manchem sogar etwas billiger.

Wattenberg (58) berichtet über die neuerbaute Heil- und Pflegeanstalt Lübeck-Strecknitz. Diese ist an Stelle der seit 1788 bestehenden lübeckischen Irrenanstalt getreten und im Oktober 1912 dem Betrieb übergeben. Erbaut für 287 Kranke, ist sie erweiterungsfähig auf eine Belegung mit 500 Kranken. Das Gesamtareal beträgt 26—27 ha, davon bebauter Grund und Boden rund 7 ha, bei 500 Betten werden 15 ha erforderlich sein bei 1000 qm Platzausdehnung für jeden Kranken. Die Heilanstalt ist im Pavillonsystem erbaut und besteht aus 28 Einzelgebäuden, von denen 11 Krankenhäuser sind. Schlichte Putzbauten mit mansardenartig ausgebauten Pfannendächern, offenen Veranden und Liegehallen, grüne Fensterläden geben freundlichen Anstrich. Die baulichen Erfahrungen der neueren Anstalten wurden verwendet, vollkommen neu sind die Grundrisse der Aufnahmeabteilungen, und zwar sind sie so gewählt, daß Behandlung, Pflege und Beaufsichtigung nach Möglichkeit erleichtert wird und sparsam gewirtschaftet werden kann.



Für Absonderung bei Infektionserkrankungen ist in der Aufnahmeabteilung für unruhige Kranke eine besondere Infektionsabteilung vorgesehen mit eigenem Zugang. 4 feste Räume für die sichere Aufbewahrung von nicht akut erkrankten, psychopathisch Minderwertigen und Imbezillen mit gefährlichen Neigungen sind eingerichtet, im sonstigen keine Isolierräume. Küchenanlagen, maschinelle Einrichtung, Lüftung, Heizung, Beleuchtung sind nach neuesten Erfahrungen sorgfältig berücksichtigt. Die Baukosten betragen, vorbehaltlich endgültiger Abrechnung, ohne Inventarbeschaffung ca. 2 Mill. M. Kosten des Bettplatzes zurzeit 6800 M., nach Vollausbau ca. 5300 M.

v. Schuckmann (44) berichtet über das im Juni 1913 eröffnete feste Haus in Plagwitz (Bober), das zur Unterbringung von 60 verbrecherischen Kranken bestimmt ist. Nach 4monatlichem Betrieb hat sich die technisch in mustergültiger Weise ausgestattete Anlage durchaus bewährt. Ein Grundriß des Erdgeschosses läßt die ungemein übersichtliche Anordnung der Räumlichkeiten ersehen. Der respektable Bau, die inneren Einrichtungen, vollends die Vorkehrungen zur Verhinderung von Entweichungen und Revolten werden eingehend geschildert und als vorbildlich gerühmt.

Rodiet (39) klagt sehr über die Überfüllung der Pariser Irrenanstalten. In Villejuif ist die Belegung so hoch, daß erst auf 500 Kranke ein Arzt kommt. Die Zahl der Kranken im Greisenalter betrug früher $^1/_{10}$, jetzt dagegen $^1/_3$ des Krankenbestandes. Die Zahl der Geisteskranken im Seine-Departement stieg im Laufe des Jahres 1912 von 15 543 auf 15 934, also um 391 Kranke. Er verlangt Entwicklung der Familienpflege und der kolonialen Verpflegung der Geisteskranken.

Hösel (17) berichtet über die Erfahrungen, die in der Kgl. Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß bei Colditz mit der weiblichen Pflege auf der Männerabteilung gemacht wurden. Seit April 1913 wurden Versuche mit der Schwesternpflege gemacht, und zwar zunächst in drei Häusern: einem Haus für hinfällige und sieche Kranke, einem für ruhige Männer der Pensions- und der oberen Verpflegsklasse und einem Haus für ruhige, arbeitende Kranke der unteren Klasse. Da dieser Versuch gelang, wurde die Schwesternpflege ausgedehnt, so daß am Ende des Jahres 1913 von 11 Krankenhäusern mit männlichen Kranken 8 in den Händen von weiblichem Personal waren. Im Laufe des Jahres 1914 kam hierzu noch ein weiteres Krankengebäude mit 100 Betten. Von den 12 Krankengebäuden der Männerabteilung mit einer Belegbarkeit von 500 Betten stehen also 9 Gebäude mit 300 Krankenbetten unter weiblicher Krankenpflege. Unter männlicher Pflege stehen je ein Haus für unruhige Männer der unteren und oberen Verpflegungsklasse und die Aufnahme- und Wachabteilung mit zusammen 200 Betten. Die gesamte Männerabteilung mit allen ihren Einzelpavillons, die ausschließlich von weiblichem Personal versorgt werden, wurde einer Oberin unterstellt. Ihr untersteht das gesamte Personal, auch das männliche, soweit es nachts dienstlich auf der Abteilung sich aufhält. In jedem Hause sind von den Krankenabteilungen abgetrennte Stübchen für Schwestern und Hilfswärterinnen eingerichtet, und zwar in dem Erdgeschoß, während die Schlafräume für die Kranken in diesen Häusern im Obergeschoß liegen. In oder neben den Schlafsälen der Kranken schlafen abwechselnd „Regiewärter".

das sind Wärter, die als Vorarbeiter in den Werkstätten und bei den landwirtschaftlichen Arbeiten dienen und die in Sachsen nicht als Krankenwärter voll ausgebildet sind. Das System hat sich in jeder Beziehung bewährt und wird deshalb zur Nachahmung empfohlen.

Fischer (12) gibt zu, daß der beamtete Arzt zur Zeugen- und Gutachtertätigkeit verpflichtet ist. Dagegen will er sich in der Frage der Herausgabe der in den ärztlichen Krankengeschichten und in eigenen Aufzeichnungen unserer Patienten und anvertrauten Privatgeheimnisse unter Berufung auf § 95 letzten Satz und § 97 StPO. desto ablehnender verhalten. „Dem Standpunkte der Staatsbehörden und der Rechtspflege bei Verfolgung ihrer Ziele müssen wir hier, auch in unserer Stellung als staatliche Beamte und Behörden, unser ärztliches Berufsgeheimnis entgegenhalten, das gleichfalls ein anerkannter und unentbehrlicher Grundbestand unserer Rechtsordnung ist. In bezug auf die Krankengeschichten und ihre Anlagen, die uns kraft unseres Berufes und unserer ärztlichen Vertrauensstellung, also im Vertrauen auf Geheimhaltung, überantwortet worden sind, haben wir dasselbe Recht und dieselbe Pflicht auf Wahrung der Verschwiegenheit wie der Privatarzt auch."

Starlinger (51) legt dringend die reichere Ausgestaltung des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke ans Herz. Trotzdem vieles in dieser Richtung geschehe, des Hochstandes des staatlichen Anstaltswesens gedenkend, gebe es doch manche Lücke, die auszufüllen dringendes Bedürfnis sei und den Wunsch nach intensiverem Ausbau des Spezialanstaltenwesens ganz besonders rege werden lasse. Für Alkoholkranke, Deliranten, Schwachsinnige und Psychopathen müsse noch viel mehr getan werden als bisher. In erster Linie komme hier die öffentliche Wohlfahrtspflege in Betracht, und es sei zu begrüßen, daß vielerorts auch hier Erhebliches geschaffen sei. Besonders rühmend gedenkt *Starlinger* der Mauer-Öhlinger Fürsorge-Organisation, und nach solchen Normen rät er, im weitesten Sinne für eine moderne Fürsorge für Geisteskranke und Geistesschwache zu wirken. — Die Bedeutung des Pflegepersonals öffentlicher Anstalten für die Fürsorge der Kranken wird gestreift, und es werden die wahrhaft klassischen Worte gesprochen: „Eine moderne Anstalt charakterisiert heute nicht mehr so sehr ein moderner Bau als ein modernes Pflegepersonal."

Uhlmann (55) hat katamnestische Erhebungen über das Schicksal der aus der Kgl. Heilanstalt Schussenried in den Jahren 1902—1912 ungeheilt, meist wider ärztlichen Rat, entlassenen Kranken. Von 201 ungeheilt nach Hause Entlassenen blieben 24 für die Nachforschungen unerreichbar, während über 177 Auskunft zu erlangen war. Von diesen 177 Kranken wurden 90 wesentlich gebessert oder geheilt, das sind 56,5%. 117, also 66%, wurden wieder arbeitsfähig. Nur ein Selbstmord kam vor. 3 Kranke kamen mit dem Strafgesetz in Konflikt. Diese günstigen Ergebnisse lassen es als den richtigsten Weg erscheinen, in geeigneten Fällen eine frühzeitige Beurlaubung zu versuchen, wodurch es möglich wird, die Kranken probeweise ungeheilt zu entlassen, ohne die Kontrolle über sie gänzlich zu verlieren.

Kollers (27) Studie ist im Zusammenhang mit statistischen Zusammenstellungen für die Landesausstellung in Bern entstanden. Sie gibt eine kritische Sichtung des vorhandenen Materials und bietet recht interessante Aufschlüsse. Die in der



Schweiz bis jetzt durchgeführten Irrenzählungen haben ungefähr 1% der Bevölkerung an Geisteskranken und Geistesschwachen ergeben. Die relative Zahl Erkrankter zu ergründen ist ein äußerst wichtiges Problem, mit dem *Mayer* sich beschäftigt hat. Dieser kommt, fußend auf seine Untersuchungen der Ergebnisse der sanitären Eintrittsmusterung der Schweizer Rekruten der Jahre 1883—1911, wobei 1,867% aller Untersuchten infolge geistiger Defekte, einschließlich Alkoholismus, und Krankheiten des Nervensystems als dienstuntauglich befunden wurden, zu dem Schlusse, daß die Zahl psychisch Defekter der Bevölkerung größer sein muß als 1%, hingegen unter Berücksichtigung aller einschlägigen Faktoren auf 2¼—2½% angenommen werden muß. Die Ausführungen über Anstaltsstatistisches bieten reiches Zahlenmaterial. Sie führen zu dem Ergebnis, daß die Zahl der Irrenanstalten der Schweiz sich in den zur Untersuchung herangezogenen 40 Jahren 1873—1912, beinahe verdoppelt, die Bettenzahl sich aber um ein beträchtliches mehr vergrößert und die Zahl der Aufnahmen, der Abgänge und der Schlußbestand sich in diesen vier Dezennien mehr als verdreifacht hat. Um einige Zahlen herauszugreifen, betrug der Patientenbestand der öffentlichen Irrenanstalten bei einer Wohnbevölkerung der Schweiz von 2 333 863 im Jahre 1845 5—600 Pat. = 0,22‰; 1875 bei 2 733 980 E. 2983 Pat. = 1,09%; 1885 bei 2 874 038 E. 3909 Pat. = 1,36‰; 1895 bei 3 113 891 E. 5669 Pat. = 1,82‰; 1910 bei 3 753 293 E. 9366 Pat. = 2,51‰. Die Zahl der Todesfälle macht in dem untersuchten Zeitraum stets 1/15—1/13, meist 1/12 des Gesamtbestandes aus. — Das Platzbedürfnis ist mit 1 : 400, jetziger Stand, noch lange nicht befriedigt, man wird mit 4,5 Betten auf 1000 Einwohner oder 1 Bett auf 220 Einwohner rechnen müssen, bis den Überfüllungen Einhalt geboten sein wird. — Über die Privatpflegeanstalten lagen statistische Berechnungen nicht vor, abgesehen von den Bestandszahlen an Kranken, und zwar 1888 mit 439 Kr., 1894 mit 566 Kr. Was die Kosten der Unterhaltung der Geisteskranken in den kantonalen Anstalten anbetrifft, so ergibt sich, daß die Staatszuschüsse in den 40 Jahren nahezu verfünffacht werden mußten; die relativen Auslagen, die 1875 pro Kopf der Bevölkerung 60 Cts. betrugen, sind bis 1910 auf 179 Cts. gestiegen. In bezug auf Familienpflege fehlen Zahlen; nur wird gesagt, daß die Familienpflege, die seit 10 Jahren besteht, eine wertvolle Ergänzung der Anstaltspflege bildet. Sehr erheblich sind die Leistungen der Hilfsvereine für Geisteskranke; sie verausgabten an Unterstützungen seit 1875: 1 612 126 Fr., darunter Beiträge für Entlassene im Betrage von 308 783 Fr.

Alter (2) gibt noch eine kurze Vergleichung zur Irrenstatistik in England und Deutschland, wobei er von den Untersuchungen *Horions* in Nr. 43, Jahrg. 1913/14 der Psych.-neurol. Wschr. ausgeht. Einige interessante Zahlen, die *Alter* anführt, mögen hier wiedergegeben werden: In Preußen waren am 10. Dez. 1910 unter 40 165 219 E. 160 001 Geisteskranke und -schwache; in England unter 36 919 393 E. 170 201; davon in Anstalten in Preußen 92 064, in England 90 575. Auf 10 000 E. berechnet in Preußen überhaupt 39,84, davon in Anstalten 22,92; in England 46,10 und 29,68. Demnach in Anstaltspflege in Preußen 57,54%, in England 64,38%. Auf 100 geistig abnorme Männer kommen in Preußen 90,6, in England 115,3 Frauen.

Die Notwendigkeit einer Reform der offiziellen Irrenstatistik beschäftigt seit



Jahren die Fachschriftsteller und Psychiater. *H. Römer* (41) hat der Lösung dieser Aufgabe von jeher in hervorragender Weise sich gewidmet, und er gibt auch neuerdings wieder umfangreiche und wertvolle Arbeiten (40, 41) über dieses Gebiet heraus. Diesem Verf. kommt es insbesondere auf die wissenschaftliche Verwertbarkeit der Irrenstatistik an, und er stellt besondere Leitsätze auf, die in bezug auf die Methodik der Irrenstatistik durchaus annehmbar sein würden. Als Hauptaufgabe sieht er die Erfassung der demographischen Verhältnisse der Anstaltsaufnahmen an, aus denen der Einfluß gewisser allgemein wirksamer komplexer Ursachen zu erkennen ist; Formeln für eine allgemeine Irrenstatistik, wie sie der Deutsche Verein für Psychiatrie plant. Diese Angaben müßten während eines bestimmten Zeitraums von allen Kliniken und Anstalten gleichmäßig ausgefüllt und mit Beziehungen auf die geographisch und zeitlich entsprechenden Bevölkerungseinheiten versehen, einer Zentralstelle zur weiteren Bearbeitung überreicht werden. Diese Zentralstelle würde aber nicht lediglich eine Addition der Anstaltsstatistiken vorzunehmen haben, sondern sie würde die Entzifferung der Zählkarten sämtlicher Aufnahmen innerhalb eines Landesverbandes (Staat, Provinz) in einheitlicher Weise, als einheitliches Ganzes bearbeiten müssen, besonders auch in bezug auf Erstaufnahmen, Überführungen und Wiederaufnahmen, damit wiederholte Zählungen derselben Person vermieden werden. Weiter würde eine Vereinbarung für eine zeitgemäße Einteilung der Krankheitsformen notwendig sein, die weiter reicht als das offizielle Schema der Reichsmedizinalstatistik — und hier empfiehlt *Römer* das Illenau-Heidelberger Schema, das im praktischen Gebrauch sich bewährt hat. Zur Sicherung der Vergleichbarkeit würde sich ferner die Erhebungs- und Verarbeitungsweise der Irrenstatistik an das Muster der Bevölkerungsstatistik anschließen müssen, also in bezug auf Angaben über Alter, Familienstand, Beruf Wohnort usw. Eine der wichtigsten Aufgaben der allgemeinen Irrenstatistik beruhe fernerhin darin, zur Klärung der Frage beizutragen, ob die Geisteskrankheiten im Zunehmen begriffen sind. Zu diesem Zweck seien nicht nur sämtliche Aufnahmen, sondern auch, und zwar gesondert, die Erstaufnahmen, und unter diesen wieder getrennt die in den betreffenden Landesteilen Wohnhaften oder Geborenen zur Bevölkerungsziffer fortlaufend in Beziehung zu setzen. Die irrenstatistische Zählkarte hätte also zu enthalten: 1. die Personalien nach Schema der Berufszählungen, 2. Angaben über die Aufnahme, ob erstmalig usw., und 3. Angabe der Krankheitsform nach dem zu vereinbarenden Schema. Auf Grund einer einheitlichen Gestaltung der Statistik der Deutschen Irrenkliniken und Anstalten würde ein weiterer Ausbau anzustreben sein. Und zwar in der Richtung der Intensität durch die statistische Erfassung des freilebenden Geisteskranken und durch Aufstellung einer zentralen Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit, zum andern in der Richtung der Extensität, durch Anbahnung einer internationalen Irrenstatistik.

Schlöß (43) beschäftigt sich ebenfalls mit Fragen der Irrenstatistik und macht Vorschläge zur Änderung des österreichischen offiziellen Diagnosenschemas.

Die Frage der Ausbildung des Pflegepersonals ist in den letzten Jahren weniger Gegenstand der Erörterung gewesen. *Tomaschny* (54) sowohl wie *Wickel* (63) sind



neuerdings Vorkämpfer auf diesem Gebiet. *Tomaschny* gibt seinem Gedankengange über eine zweckmäßige Ausgestaltung der Pflegerkurse Ausdruck. Die Ausbildung muß sich ohne einseitige Bevorzugung sowohl auf theoretische Belehrung wie auf praktische Unterweisungen erstrecken. Pflegerschulen seien abzulehnen, jede Anstalt bilde sich ihr Personal selbst heran, wie es auf den Versammlungen zu Heidelberg (1896) und Hannover (1897) schon als wünschenswert bezeichnet wurde; jedoch dürfte es, wenigstens innerhalb der einzelnen Landesteile (Staat, Provinzen), an regelnden Bestimmungen nicht fehlen. Ein in seinem Beruf intensiv ausgebildetes Personal werde diesem treuer bleiben, und man würde eher dahin gelangen, die Schaffung eines Standes wirklicher Berufspfleger, hauptsächlich auch bei dem immer noch sehr zum Wechsel neigenden weiblichen Personal, zu fördern.

Wickel (63) schließt sich den Ausführungen *Tomaschnys* im wesentlichen an, wünscht aber die Einführung eines obligatorischen Examens. Beide rühmen den Leitfaden für Irrenpflege von *Scholz*.

II. Anstaltsberichte.

64. Alsterdorfer Anstalten in Hamburg-Alsterdorf. Bericht über das Jahr 1913. Dir. Oberarzt Dr. *Kellner*. (S. 295*.)

65. Bayreuth, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Kgl. Dir.: Dr. *Hock*. (S. 301*.)

66. Bergmannswohl, Unfall-Nervenheilanstalt der Knappschafts-B.-G. Schkeuditz (Bez. Halle a. S.). Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Quensel*. (S. 297*.)

67. Berlin. Bericht der Deputation für die städtische Irrenpflege. Berichte über die Anstalten Dalldorf, Herzberge, Buch und Wuhlgarten. Verw.-Bericht des Magistrats zu Berlin. Etatsjahr 1913. (S. 277*.)

68. Boston State Hospital. Second annual report of the Psychopathic Department, 5th report of the B. St. H. for the year ending Nov. 30, 1913. (S. 312*.)

69. Brandenburgischer Provinzialausschuß. Berichte über die Anstalten Eberswalde, Sorau, Landsberg, Neuruppin, Teupitz, Wittstock, Lübben, Anstalt für Epileptische, Görden. Palmnicken. Auszug aus dem Verwaltungsbericht vom 6. Febr. 1914. Mit Anlage: Festschrift aus Anlaß des 25jährigen Bestehens (1888—1913) der Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W. (S. 276*.)

70. Breslau. Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.



Bericht für 1913. Dir.: Primärarzt San.-Rat Dr. *Hahn.* (S. 278*.)

71. Brieg. Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: San.-Rat Dr. *Petersen.* (S. 278*.)
72. Burghölzli. Zürcherische kantonale Irrenheilanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Professor Dr. *Bleuler.* (S. 307*.)
73. Cery. Rapport de l'asile. 1913. Dir.: Dr. *Mahaim.* (S. 311*.)
74. Conradstein, Westpreußische Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Braune.* (S. 274*.)
75. Danemora, State Hospital, N. Y. 14th report, for 1913. Dir.: *Charles H. North.* M. S. M. D. (S. 313*.)
76. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Kayser.* (S. 282*.)
77. Eglfing bei München, Oberbayer. Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. K. Dir.: K. Med.-Rat Dr. *Vocke.* (S. 299*.)
78. Ellen (Bremen), St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht für 1913. Dir.: San.-Rat Dr. *Delbrück.* (S. 295*.)
79. Ellikon a. d. Thur, Trinkerheilstätte. Bericht für 1913. (S. 307*.)
80. Feldhof zu Graz, Landes-Irren-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1912—1913 im Auftrage des steiermärkischen Landesausschusses. Zugleich Bericht der Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. Dir.: Dr. *O. Haßmann.* (S. 304*.)
81. Freiburg, Schlesien, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. 21. Jahresbericht (Rechnungsjahr 1913). Dir.: San.-Rat Dr. *Buttenberg.* (S. 280*).
82. Friedmatt (Basel), Kantonale Heil- u. Pflegeanstalt. Berichte für 1913 u. 1914. Dir.: Professor Dr. *G. Wolff.* (S. 307*.)
83. Gabersee, Oberbayerische Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: K. Med.-Rat Dr. *Dees.* (S. 300*.)
84. Gehlsheim bei Rostock i. M., Großherzogl. Mecklenburgische Irren-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schuchardt.* (S. 293*.)
85. Göttingen, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schultze.* (S. 285*.)

85a. Provinzial-Verwahrungshaus. Bericht für 1913/14. Dir. i. V.: Dr. *Richard.* (S. 285*.)



86. **Haar** bei München, Oberbayerische Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. K. Dir.: Dr. *Blachian.* (S. 300*.)
87. **Hall** in Tirol, Landes-Heil- u. Pflegeanstalt für Geisteskranke. Bericht für 1912/13. Dir.: Dr. *H. Wassermann.* (S. 305*.)
88. **Hamburg**, Die Irrenanstalten **Friedrichsberg** (Dir.: Professor Dr. *Weygandt*) und **Langenhorn** (Dir.: Professor Dr. *Neuberger.*) Aus dem Jahresbericht des Krankenhauskollegiums für 1913. (S. 294*, 295*.)
89. „**Haus Schönow**" in Zehlendorf, Heilstätte für Nervenkranke Bericht für 1913. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr.* (S. 278*.)
90. **Herborn**, Landes-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: San.-Rat Dr. *R. Snell.* (S. 290*.)
91. **Hessen** (Großherzogtum), Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht für 1913. (S. 314*.)
92. **Hildesheim**, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Gerstenberg.* (S. 285*.)
93. **Hördt**, Gemeinsame Irrenpflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: Dr. *Haberkant.* (S. 298*.)
94. **Homburg**, Pfalz, Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für das Jahr 1913 (Manuskript). Dir.: Dr. *Holterbach.* (S. 302*.)
95. **Indiana Hospital** for the Insane. Indianopolis Ind. Report for 1911/12. Dir.: *Geo. F. Edenharter*, M. D. (S. 313*.)
96. **Isenwald** bei Gifhorn (Hann.), Stift für Alkoholkranke. Berichte für 1912/13—1914/15. (S. 287*.)
97. **Kaufbeuren**, Kreis-Heil- u. Pflegeanstalten. Bericht für 1913. Dir.: K. Med.-Rat Dr. *Prinzing.* (S. 300*.)
98. **Königsfelden** (Aargau), Kantonale Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Frölich.* (S. 310*.)
99. **Kosten**, Provinzial-Irren- u. Idiotenanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: San.-Rat Dr. *Freiherr v. Blomberg.* (S. 283*.)
100. **Kremsier**, Mährische Kaiser Franz Josef I.-Landes-Heilanstalt. Bericht für 1913. Dir.: K. K. Med.-Rat Dr. *Návrat.* (S. 304*.)
101. **Kreuzburg** (Schlesien), Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Linke.* (S. 281*.)
102. **Kückenmühler Anstalten** in Stettin. Bericht für 1913/14. Ärztl. Leiter: Dr. *Jödicke.* (S. 284*.)

103. Kutzenberg, Oberfränkische Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Oetter*. (S. 302*.)
104. Langenhagen, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt für Geistesschwache mit Filiale Himmelsthür bei Hildesheim und der Beobachtungsstation für Hannover. Bericht für 1913/14. Dir.: Dr. *Mönkemöller*. (S. 287*.)
105. Leubus in Schlesien, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Kgl. San.-Rat Dr. *Dinter*. (S. 279*.)
106. Lewenberg, Kinderheim zu Schwerin, Großherzogl. Heil- u. Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder. Bericht für 1913/14. Dir.: Med.-Rat Dr. *Jenz*. (S. 294*.)
107. Lindenhaus bei Lemgo, Fürstl. Lippische Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Med.-Rat Dr. *W. Alter*. (S. 296*.)
108. Lüben in Schlesien, Provinzial- Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: Dr. *Schubert*. (S. 280*.)
109. Lüneburg, Provinzial- Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell*. (S. 286*.)
110. Lohr a. M., Unterfränkische Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht über das Jahr 1912 u. 1913. K. Dir.: Dr. *Ungemach*. (S. 301*.)
111. Mariaberg, Kgl. Württ. Oberamt Reutlingen, Heil- u. Pflegeanstalt für Schwachsinnige. Bericht vom Jahre 1913/14. (S. 303*.)
112. Münsterlingen, Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *H. Wille*. (S. 309*.)
113. Neustadt in Holstein, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: San.-Sat Dr. *Dabelstein*. (S. 284*.)
114. Neustadt in Westpreußen, Westpreußische Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas*. (S. 275*.)
115. New Jersey State Hospital, Trenton N. J. Annual Report for the year ending Oct. 1913. Dir.: *Henry A. Cotton*, M. D., M. D. (S. 313*.)
116. Niedernhart in Linz, Oberösterr. Landes-Irrenanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Schnopfhagen*, k. k. Sanitätsrat. (S. 303*.)
117. Niederösterreich, Die Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder.



Bericht für 1913, erstattet vom Referenten *H. Bielohlawek.* (S. 303*.)

118. **Obrawalde**, Provinzial-Irrenanstalt, Bericht für 1912/13. Dir. San.-Rat Dr. *Dluhosch.* (S. 282*.)
119. **Osnabrück**, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider.* (S. 286*.)
120. **Ostpreußen**, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalten **Allenberg**, **Kortau** und **Tapiau**. Bericht für 1913. (S. 274*.)
121. **Owinsk**, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1912/13. Dir: San.-Rat Dr. *Werner.* (S. 283*.)
122. **Préfargier**, Maison de Santé. 65me rapp. Exerc. 1913. Dir.: Dr. *Georges Sandoz.* (S. 310*.)
123. „**Rasemühle**", Nerven-Sanatorium der Provinz Hannover. Jahresbericht 1913. Leit. Arzt: Dr. *Quaet-Faslem.* (S. 287*.)
124. **Rheinprovinz**, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalten Andernach, Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Galkhausen, Grafenberg, Johannistal, Merzig und Brauweiler. Bericht für 1913/14. Düsseldorf: Der Landeshauptmann der Rheinprovinz. (S. 291*.)
125. **Rheinprovinz**, Hilfsverein für Geisteskranke. Bericht für 1913. (S. 314*.)
126. **Rockwinkel** bei Bremen, Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Walter Benning.* (S. 295*.)
127. **Roda**, Herzogl. Sächsisches Genesungshaus. Bericht für 1913. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer.* (S. 296*.)
128. **Roda**, Herzogl. Sächsisches Martinshaus, Idiotenanstalt für Knaben und Mädchen von 6—16 Jahren aus dem Herzogtum Sachsen-Altenburg und dem Großherzogtum Sachsen-Weimar. Bericht für 1913. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer.* (S. 296*.)
129. **Rosegg**, Heil- u. Pflegeanstalt im Kanton Solothurn. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Greppin.* (S. 308*.)
130. **Rufach**, Oberelsässische Bezirks-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Groß.* (S. 298*.)
131. **Sachsenberg** bei Schwerin, Großherzogl. Mecklenburgische Irrenanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Obermedizinalrat Dr. *Matusch.* (S. 293*.)
132. **Schleswig**, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff.* (S. 284*.)



133. **Schleswig**, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt für Geistesschwache (früher Provinzial-Idiotenanstalt). Bericht für 1912/13. Dir.: Dr. *Zappe.* (S. 285*.)

134. **Schwetz**, Westpreußische Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen.* (S. 275*.)

135. **Scotland**, General board of Commissioners in lunary. 65. annual report. 1913. (S. 311*.)

136. **Sonnenhalde** bei Riehen (Basel), Evangelische Heilanstalt für weibliche Gemütskranke. Bericht für 1913/14. (S. 308*.)

137. **Stephansfeld** bei Straßburg i. E., Bezirksheilanstalt. Bericht für 1913/14. Dir.: San.-Rat Dr. *Ransohoff.* (S. 297*.)

138. **„Steinmühle“ Obererlenbach**, Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt. Bericht für 1911/12. (S. 291*.)

139. **Stetten** im Remstal, Württemberg, Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/14. Leit. Arzt: Oberarzt Dr. *Schott.* (S. 302*.).

140. **St. Pirminsberg** (St. Gallen), Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Haeberlin.* (S. 309*.)

141. **Strecknitz** (Lübeck), Heilanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Wattenberg.* (S. 296*.)

142. **Strelitz (Alt-)**, Mecklenburg-Strelitzsche Landes-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht über die Jahre 1912 und 1913. Dir.: Dr. *Starke.* (S. 294*.)

143. **St. Urban** (Luzern), Kantonale Irrenanstalt. Bericht für 1912 u. 1913. (S. 310*.)

144. **Tannenhof** bei Lüttringhausen (Rheinland), Evangel. Heil- u. Pflegeanstalt für Gemüts- und Geisteskranke. Bericht für 1913/14. Leit. Arzt: Dr. *Beelitz.* (S. 292*.)

145. **Tost**, Oberschlesien, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: San.-Rat Dr. *Schütze.* (S. 281*.)

146. **Waldau, Münsingen und Bellelay**, Bernische kantonale Irrenanstalten. Bericht für 1913. (S. 306*.)

147. **Waldhaus** (Chur), Kantonale Irren- u. Krankenanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Jörger.* (S. 307*.)

148. **Wehnen**, Großherzogl. Oldenburgische Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913. Dir.: Medizinalrat Dr. *Brümmer.* (S. 297*.)

149. **Weilmünster**, Landes-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1913/1914. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beninga.* (S. 290*.)



150. Wernigerode-Hasserode, „Zum guten Hirten", Erziehungshaus für schwach- und blödsinnige Mädchen. Bericht für 1913/14. (S. 297*.)
151. Westfalen, Berichte über die Provinzialheilanstalten Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Warstein, die Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt zu Eickelborn und die Provinzialanstalt St. Johannesstift zu Marsberg. Geschäftsjahr 1912. (S. 288*.)
152. Wil (St. Gallen), Kantonales Asyl. Bericht für 1913. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 309*.)

In den ostpreußischen Anstalten Allenberg, Kortau, Tapiau (120) im Berichtsjahre Gesamtanfangsbestand: 3174 Kr. Gesamtschlußbestand 3233 Kr. inkl. des Bestandes von 24 Pat. (13 M. 11 Fr.) der Universitätsirrenklinik zu Königsberg, entsprechend einem Mehr von 59 gegen das Vorjahr, bei einer Durchschnittszunahme von 98 Kr. laut der Übersichtstabelle der Krankenbewegung in den Provinzialanstalten seit 1887. Im Berichtsjahre Anfangsbestand in Allenberg 954 Kr. (476 M. 478 Fr.), davon in Familienpflege 85 (47 M. 38 Fr.). Zugang 273 (169 M. 104 Fr.). Abgang 253 (154 M. 99 Fr.). Bleibt Bestand 974 (491 M. 483 Fr.), davon in Familienpflege 89 (50 M. 39 Fr.). Entlassen genesen 23 = 8,4% der Aufnahmen, gebessert 112; ungeheilt 35; nicht geisteskrank 4. — Gestorben 79 = 6,4% der Verpflegten. — In Kortau Anfangsbestand 895 (441 M. 454 Fr.), davon in Familienpflege 63 (41 M. 22 Fr.). Entlassen genesen 36 = 9,45% der Aufnahmen, gebessert 140; ungeheilt 47; nicht geisteskrank 3. — Gestorben 95 = 7,43% der Verpflegten. In Tapiau Anfangsbestand 1325 Kr., davon im Bewahrhause 68 M., in Familienpflege 20 (7 M. 13 Fr.). Zugang 178 (75 M. 103 Fr.) Abgang 225 (96 M. 129 Fr.). Bleibt Bestand 1278 Kr., davon im Bewahrhause 68 M., in Familienpflege 35 (8 M. 27 Fr.). Entlassen geheilt 8, gebessert 62, ungebessert 4; nicht geisteskrank 5. Gestorben sind 131. — In der Universitätsklinik verblieben 14 P. (13 M. 1 Fr.). Gesundheitszustand in den Anstalten im allgemeinen gut: in Allenberg Tuberkulose zurückgehend, in Kortau 2, in Tapiau 3 Typhusfälle, gut verlaufen. — Das Provinzialgut Hubenhof hat 7566,78 ha nutzbare Ackerflächen.

Conradstein (74): Anfangsbestand 1438 (776 M. 662 Fr.). Zugang 227 (118 M. 109 Fr.). Abgang 289 (155 M. 134 Fr.). Bleibt Bestand 1376 (739 M. 637 Fr.), davon in Familienpflege 116 (55 M. 61 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 158 (71 M. 87 Fr.), paralytischer 21 (18 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 18 (12 M. 6 Fr.), angeborenem Schwachsinn 11 (1 M. 10 Fr.), Alkoholismus 12 (11 M. 1 Fr.), Morphiumsucht 2 M. Zur Beobachtung 5 (3 M. 2 Fr.), davon entlassen 4. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 40 = 17,6%, 2 Monate 11 = 4,9%, 3 Monate 11 = 4,9%, 6 Monate 18 = 7,9%, bis 1 Jahr 24 = 10,6%, 2 und mehr Jahre 123 = 54,2%. Erbliche Belastung bei 82 (37 M. 45 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 49, davon bestraft 38 vor, 3 nach Erkrankung, darunter 24 Vergehen an Mord, Körperverletzung, Mißhandlung, Sachbeschädigung. Entlassen geheilt 28 (18 M. 10 Fr.), gebessert 96 (49 M. 47 Fr.), ungeheilt 35 (23 M.



12 Fr.). Gestorben sind 123 (58 M. 65 Fr.), davon an Blutvergiftung, Eiterungen 4, Entkräftung 11, Hirnlähmung, gehäufte Krampfanfälle, Hirnblutung 10, Krankheiten der Atmungsorgane 30, Tuberkulose 27, Herzschwäche 14, Typhus und Bauchfellentzündung 10, Krebs 3, Selbstmord 2. Typhus epidemisch wieder aufflackernd im Verlauf des Jahres mit 64 Fällen, höchste Krankheitsziffern Juli, August, Februar mit 14, 11, 16, auch unter dem Personal (es verstarben am Typhus 7 Geisteskranke, 3 M. 4 Fr.). 20 neue Bazillenträger ermittelt und mit Autovakzine behandelt und isoliert, am Schluß des Jahres 64 Bazillenträger. Infolge der epidemischen Erkrankungen fand Aufnahme geisteskranker Personen in möglichst beschränktem Maße statt, so daß der Krankenbestand um 62 Köpfe zurückging (Anfangsbestand 1438 P., Schlußbestand 1376). Ebenso war eine geringere Belegung der Familienpflege damit verknüpft: Rückgang von 161 Kranken auf 116. — Monatsdurchschnitt der Arbeitenden 471,14 P. — Bestellt wurden 224,11 ha. Gesamtausgabe: 821 658,33 M.

Neustadt, Westpr. (114): Anfangsbestand 591 (292 M. 299 Fr.). Zugang 177 (95 M. 82 Fr.). Abgang 123 (69 M. 54 Fr.). Bleibt Bestand 645 (318 M. 327 Fr.), davon in Familienpflege 33. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 122 (49 M. 73 Fr.), paralytischer 22 (20 M. 2 Fr.), an Epilepsie, Hysteroepilepsie 12 (7 M. 5 Fr.), Imbezillität 7 M., Alkoholismus, Delirium pot. 7 (6 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 7. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 44, 2 Monate 8, 6 Monate 24, bis 1 Jahr bei 18, 2 und mehr Jahre bei 76 P. Erblich belastet 63 (33 M. 30 Fr.) = 35,6% der Aufgenommenen. Mit dem Strafgesetz im Konflikt 38. In Beobachtung 13, davon 9 gemäß § 81 StPO. Entlassen geheilt 19 (10 M. 9 Fr. = 26,8%), gebessert 28 (16 M. 12 Fr.) = 39,4%, ungeheilt 19 (10 M. 9 Fr.) = 26,8%, nicht geisteskrank 5. Gestorben 52 (29 M. 23 Fr.), davon an Herzlähmung 10, Lungenentzündung 9, je 7 an Erschöpfung und Lungentuberkulose, je 3 im paralytischen Anfall und an einem Herzfehler, 2 an Hirnlähmung, je 1 an Hirngeschwulst, Lungen- und Darmtuberkulose, Typhus und Altersschwäche usw. Todesfälle = 6,8% der Verpflegten. Nach dem durchschnittlichen Krankenbestande arbeiteten 34,97% gegen 34,48% im Vorjahre. Bestellt sind 51,75 ha. Gesamtausgabe: 428 078,28 M.

Schwetz (134): Anfangsbestand 855 (458 M. 397 Fr.). Zugang 163 (99 M. 64 Fr.). Abgang 160 (93 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 858 (464 M. 394 Fr.), davon in Familienpflege 49. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 108 (55 M. 53 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 12 (11 M. 1 Fr.), Imbezillität 5 (4 M. 1 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 9 (5 M. 4 Fr.), Alkoholismus 8 (5 M. 3 Fr.), Idiotie und Imbezillität 3 M.; Untersuchungsgefangene zur Beobachtung 9 M., auf Antrag der Landesversicherung 9 (7 M. 2 Fr.). Unter den 108 an einfacher Seelenstörung Erkrankten fand sich Dementia praecox bei 41, manisch-depressives Irresein bei2 , akutes halluzinat. Irresein bei 13, zirkuläres bei 4, Melancholie 9, degeneriertes Irresein bei 5, Paranoia 18, traumat. Irresein bei 4, Neurasthenie 1, sekundäre Demenz 2, arteriosklerotische 1, senile bei 8. Krankheitsdauer vor Aufnahme bis 1 Monat bei 27 (16 M. 11 Fr.), 1—6 Monate bei 23 (9 M. 14 Fr.), 6—12 Monate 13 (9 M. 4 Fr.), 1—5 Jahre bei 48 (26 M. 22 Fr.), über 5 Jahre



bei 11; Krankheitsdauer unbestimmt bei 33, von Jugend an 8. Familienanlage bei 28 M. 27 Fr., ursächliche Einwirkungen bei 138 (73 M. 65 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 22 M. 1 Fr., 3 Fr. vorher der Zwangspflege überwiesen. Entlassen als geheilt 6 (4 M. 2 Fr.), gebessert 39 (19 M. 20 Fr.), ungeheilt 21 (9 M. 12 Fr.); andern Anstalten zugeführt 6 (5 M. 1 Fr.). Von den Geheilten hatten gelitten an Hebephrenie 2, Katatonie 3, Dementia paranoides 1. Gestorben sind 68 = 6,7% der Verpflegten (8,5% im Vorjahre), darunter 8 Tuberkulosefälle; unter den sonstigen Krankheitsformen höchstbeziffert Gehirnlähmung mit 15 Fällen, Erschöpfung 7. Unter den Erkrankungen 2 Typhusfälle, 13 Lungentuberkulose. — Gesamtausgabe 495 150,65 M., davon Bauausgaben 45 193,78 M.

Der Auszug aus dem Verwaltungsbericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses (69) für das Etatsjahr 1913 enthält eine Zahlenübersicht für Geisteskranke, Idioten und Epileptische in den gesamten Anstalten und Privatanstalten der Provinz über die Jahre 1893—1912 mit Kopfzahlen (für 1893 = 2925, für 1912 = 8938), Prozentzahlen der Steigerung und Bewegung im Verhältnis zur Einwohnerzahl und zeigt hier beispielsweise für 1894 eine Steigerung der Krankenzahl von 8,34% zum Anwachsen der Bevölkerungsziffer um 3,67%, und für 1910 entsprechende Zahlen von 6,83% zu 3,22%. Ferner werden Angaben gemacht über das Anwachsen der Zahl der Geisteskranken in den Irrenanstalten Preußens überhaupt, und zwar stieg im letzten Jahrzehnt seit 1901 mit 73 955 diese auf 132 982 (73 953 m. 59 029 w.) im Jahre 1911. Provinzseitig wurde diesem Anwachsen (1913 ein Mehr von 363 Kr.) durch Mehreinstellung von 600 Betten für den Etat 1914 Rechnung getragen sowie durch Überführungen in die neue Anstalt Palmniken bei Fürstenwalde und, wie im Vorjahre, Unterbringung von Provinzialkranken in der Heilstätte Waldfrieden (dort 110 Trinker), im Naémisstift in Guben und in den Samariteranstalten Fürstenwalde. Trotzdem besteht fortwährend erheblicher Platzmangel, der zum Teil durch die Belegung der neuen Landesanstalt in Görden (Eröffnung vorgesehen Herbst 1914) seine Behebung finden wird.

Die Krankenbewegungstabelle für die Anstalten Eberswalde, Sorau. Landsberg, Neuruppin, Teupitz, Wittstock, Lübben, Anstalt für Epileptische, Görden, Palmnicken (letztere schon belegt mit 32 bzw. 28 Kr.) zeigt einen Gesamtanfangsbestand von 8350 (4337 m. 4013 w.) Kr. Zugang 3124 (1745 m. 1379 w.). Abgang 2644 (1468 m. 1176 w.). Bleibt Bestand von 8830 (4614 m. 4216 w.) und, nach Hinzufügung der in Familienpflege und in den Privatanstalten Befindlichen: Gesamtschlußbestand von 9522 (4998 m. 4524 w.), entsprechend einem Mehr von 508 Kr. gegen den Gesamt-Anfangsbestand (inkl. Familienpflege und Privatanstalten) von 9014 (4711 m. 4303 w.). Geheilt und gebessert entlassen sind 721 (431 m. 290 w.), ungeheilt entlassen 263 (131 m. 132 w.), an andere Anstalten überwiesen 627 (375 m. 252 w.), in Familienpflege gegeben 228 (102 m. 126 w.), durch Tod ausgeschieden 805 (429 m. 376 w.). Gemäß § 81 StPO. waren 32 P. aufgenommen, 20 davon krank erklärt, 12 verantwortlich und nebst 4 der als krank begutachteten der Bestrafung zugeführt, freigesprochen 9. — Für die an „Alkoholismus" erkrankten und entlassenen Männer ist der durchschnittliche Aufenthalt auf 11 Monate gegen etwa 6 Monate in den Vorjahren angewachsen;

an einfachen, funktionellen Seelenstörungen Erkrankte und Entlassene zeigen kürzere Aufenthaltsdauer, entsprechend dem Bestreben nach möglichster Verkürzung des Anstaltsaufenthalts. Entwicklung der Familienpflege erfreulich: Gesamtschlußbestand 471 (225 m. 246 w.) gegen 436 (206 m. 230 w.) im Vorjahre, hieran besonders Landsberg beteiligt. — Die angefügte Festschrift zum 25jährigen Bestehen (1888—1913) der Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W., aus der Feder des Direktors Dr. med. *Riebeth*, reich an statistischem Material und Abbildungen, gibt interessante Aufschlüsse, namentlich über Familienpflege und kriminelle Kranke.

Nach dem Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin (67) über die städtische Irrenpflege war der Gesamtanfangsbestand an Kranken 8563 (4627 m. 3936 w.). Zugang 4335 (3201 m. 1134 w.). Abgang 4570 (3455 m. 1115 w.). Schlußbestand 8328 (4373 m. 3955 w.), davon in Familienpflege 665 (358 m. 307 w.). Vom Gesamtschlußbestand entfielen auf

Dalldorf: 2884 (1440 m. 1444 w.), davon in der Hauptanstalt 1195 (665 m, 530 w.), Idiotenanstalt 160 (102 m. 58 w.), in Privatanstalten 1159 (469 m. 690 w.). Familienpflege 370 Kr.

Herzberge: 1672 (899 m. 773 w.), davon Hauptanstalt 1227 (714 m. 513 w.), Privatanstalten 320 (109 m. 211 w.), Familienpflege 135 Kr.

Buch: 2337 (1176 m. 1161 w.), davon Hauptanstalt 1782 (947 m. 835 w.), Privatanstalten 393 (158 m. 235 w.), Familienpflege 162 Kr.

Wuhlgarten: 1435 (858 m. 577 w.), davon Hauptanstalt 1190 (651 m. 539 w.), Idiotenanstalt 88 (61 m. 27 w.), Privatanstalten 149 (139 m. 10 w.), Familienpflege 8 Kr.

Krankheitsformen der Gesamtaufnahme (4335 Kr.): einfache Seelenstörung bei 2163 (45% der m., 64% der w. Aufnahmen), paralytische Seelenstörung bei 493 (12% m. 11% w.), Seelenstörung mit 721 (18% m. 12% w.), desgl. mit Epilepsie und Hysterie 96 (2% m. 2% w.), Idiotie, Imbezillität 308 (6% m. 9% w.), chron. Alkoholismus 495 (15% m. 1% w.); zur Beobachtung 59 (2% m. 1% w.). Von den Aufgenommenen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 1400 (42% m. 5% w.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 1718 (52% m. 4% w.). Insgesamt entlassen, geheilt oder gebessert 2877 (71% m. 46% w. des Gesamtabgangs), ungeheilt 578 (11% m. 18% w.), nach Beobachtung 56 (2%, m. 1% w.); durch Tod schieden aus 919 (16% m. 35% w.), davon infolge Altersschwäche 13%, Erschöpfungszuständen 9%, Herzschwäche und Herzleiden 29%, Hirnkrankheiten, paralytischer Anfall 17%, Schwindsucht, Tuberkulose 8%, Speiseröhrenkrebs 8%; Selbstmord 1 w.

Unter den in Wuhlgarten aufgenommenen Epileptikern und an Hysterie und Hysteroepilepsie Leidenden 603 (505 m. 98 w.), davon 547 reine Epileptiker, befanden sich 351 m. 1 w. Trinker. Krankheitsbeginn fiel in das Alter bis 10 Jahren bei 15% der M., 39 1/2% der Fr., 91 2/3% der Kn. und 100% der Md., bis zu 20 Jahren bei 29% M., 26 1/2% Fr., bis zu 30 Jahren bei 24% M., 8 1/2% Fr.; bis zu 40 Jahren bei 20 3/4% M., 8 1/2% Fr., bis zu 50 Jahren bei 7 1/2% M. und 7 1/2% Fr., über 50 Jahren bei 3 3/4% M., 2 3/4% der Fr., fraglich bei 6 1/2% Fr., 8 1/2% der Knaben. Erbliche Be-



lastung, hauptsächlich trunksüchtige Eltern, nachweisbar bei $55\frac{1}{4}$% der M., $31\frac{1}{4}$% der Fr., 50% der Kn., $44\frac{1}{2}$% der Md., außerdem Familienanlage bei 13% M., $11\frac{3}{4}$% Fr., $16\frac{2}{3}$% Kn., 11% Md.

Gesamtausgabe für sämtliche Anstalten, exkl. Idiotenanstalt, 7 945 271,57 M.

„Haus Schönow" (89): Anfangsbestand 102 (59 m. 43 w.). Zugang 801 (490 m. 301 w.). Abgang 803 (484 m. 319 w.). Bleibt Bestand 100 (65 m. 35 w.). Geheilt bzw. gebessert entlassen sind 651 (391 m. 260 w.), ungebessert 150 (92 m. 58 w.); gestorben 2 (1 m. 1 w.). Prozentual: geheilt, gebessert entlassen 81,1% (80,8 m. 81,5 w.), ungebessert 18,9% (19,2 m. 18,5 w.), oder abzüglich der innerhalb der ersten 2 Wochen entlassenen: geheilt, gebessert 87,7% (85,8 m. 90,7 w.), ungebessert 12,3% (14,2 m. 9,3 w.). Von den Entlassenen litten an peripherischen Nerven- und Muskelkrankheiten 2%, davon gebessert 94%; organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems 11%, davon gebessert 70,5%; an Neurosen 73%, davon gebessert 92%; Psychosen 12%, gebessert 35,5%; inneren und äußeren Erkrankungen 2%. Poliklinisch sind behandelt 111 (65 M. 46 Fr.), darunter peripherische Nervenerkrankungen 4 (2 M. 2 Fr.); organische Erkrankungen des Zentralnervensystems 12 (8 M. 4 Fr.); Neurosen 54 (28 M. 26 Fr.); Psychosen 30 (20 M. 10 Fr.); innere und äußere Erkrankungen 11 (7 M. 4 Fr.).

In Birkenhof: Anfangsbestand 10 (2 m. 8 w.). Zugang 129 (54 m. 75 w.). Abgang 132 (53 m. 79 w.). Bleibt Bestand 7 (3 m. 4 w.); von den 139 Pfleglingen kamen aus Haus Schönow 85 (37 m. 48 w.).

Breslau (70): Anfangsbestand 182 (84 m. 95 w.). Zugang 1085 (714 m. 371 w.). Abgang 1065 (707 m. 358 w.). Bleibt Bestand 202 (94 m. 108 w.), davon in Familienpflege 14. Vom Zugang litten an einfach erworbenen Psychosen 215 (96 m. 119 w.), konstitutionellen Psychosen 115 (63 m. 52 w.), epileptisch-hysterischen Formen 115 (74 m. 41 w.), alkoholischen u. a. intox. Psychosen 406 (357 m. 49 w.), paralytischen, senilen und sonstigen org. Geisteskrankheiten 234 (124 m. 110 w.). Entlassen geheilt 17,8%, gebessert 31%, ungeheilt 23,8%; gestorben 8,2%; in Pflege geblieben 16%; nicht geisteskrank 3,2%; an andere Anstalten überführt 174. Poliklinisch behandelt wurden 101 (40 m. 61 w.). Vorbestraft wegen Gewalttaten 15 M.; mit dem Gesetz in Konflikt geraten 146; wegen Trunksucht entmündigt 12, in Haft erkrankt 4, vorhergehende Selbstmordversuche 20. — Beratungsstelle für Alkoholkranke, weniger aufgesucht als im Vorjahre, 104 Konsultationen (98 m. 6 w.). Krankheitsformen: einfach chron. Alkoholismus 28 (25 m. 3 w.), chron. Alk. mit Erregungszuständen 31 (29 m. 2 w.), periodische Trunksucht 10 M., Dipsomanie 1 M., Alkoholpsychosen 3 M., keine Anzeichen 1 Fr. Erbliche Belastung durch Trunksucht vom Vater her bei 27, von Mutterseite 4, von beiden Eltern 6, in nächster Verwandtschaft 15; durch Geisteskrankheit bei 12. — Gesamtausgaben 296 958,61 M.

Brieg (71): Anfangsbestand 599 (290 M. 309 Fr.). Zugang 109 (58 M. 51 Fr.). Abgang 136 (67 M. 69 Fr.). Bleibt Bestand 566 (278 M. 288 Fr.), davon in Familienpflege 48 (28 M. 20 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 78,50%, paralytischer 12,15%, Epilepsie mit Seelenstörung 2,8%, Imbezillität, Idiotie 5,61%, Alkoholismus 1 M. Aus Gefängnissen kamen 16 (11 M. 5 Fr.),



darunter 2 Beobachtungsfälle, aus andern Irrenanstalten 34 (14 M. 20 Fr.). Ledige = 45% der Aufnahmen, Verheiratete 37,38%, Verwitwete 16,82%, letztere im Verhältnis von 1 M.: 5 Fr. (Verhältnisse im Vorjahr 43,04%, 41,77%, 12,66%). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 16, 1—6 Monate 23 (bis zur durchschnittlichen Heilbarkeitsdauer von 6 Monaten 36,45% gegen 30,38% im Vorjahre), 6—12 Monate 7, 1—2 Jahre 12, 2—10 Jahre 30, über 10 Jahre 6, von Jugend auf 6; unbestimmte Dauer 7. Erbliche Belastung der Aufnahmen bei 44,86% (46,43% M. 43,14% Fr.) gegen 40,51% (41,11% M. 40% Fr.) im Vorjahr; Alkoholmißbrauch bei 9,34%, Trunksucht Familienangehöriger in 12 Fällen. Syphilis ursächliches Moment allein bei 10 (9 M. 1 Fr.), neben Erblichkeit bei 2 M. = 92,31% der Syphilisfälle. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 17,76% (25% der Männer) der Aufnahmen. 6 P. zur Beobachtung, davon geisteskrank oder minderwertig 4. Geheilt entlassen 8 (2 M. 6 Fr.) = 1,56% des Durchschnittsbestandes (im Vorj. 2,08%), gebessert 24 (16 M. 8 Fr.). 40,44% des Abgangs erfolgten innerhalb der ersten 6 Monate des Anstaltsaufenthalts (im Vorj. 43,18%). Gestorben 52 (24 M. 28 Fr.) = 8,11% des Verpflegtenbestandes (im Vorj. 4,48%), davon an Tuberkulose 7,69% (21,43% der an Tuberkulose Verstorbenen im Vorjahr); 2 Todesfälle durch Unfall, 1 Selbstmord. Gesamtsterblichkeit gegen das Vorjahr um fast das Doppelte gestiegen. Grund: hohe Zahl von Paralytischen und über 60 Jahre alter Leute. — Einige Typhusfälle in der Infektionsabteilung behandelt. — Gesamtausgabe 333 195,25 M.

Leubus (105), Öffentliche Anstalt: Anfangsbestand 834 (440 M. 394 Fr.). Zugang 254 (137 M. 117 Fr.), davon aus andern Anstalten 101 (56 M. 45 Fr.). Abgang 175 (98 M. 77 Fr.). Bleibt Bestand 913 (479 M. 434 Fr.), davon in Familienpflege 9 M. Vor der Aufnahme krank bis 1 Monat 25 (8 M. 17 Fr.), 1—3 Monate 22 (9 M. 13 Fr.), 3—6 Monate 33 (10 M. 23 Fr.), 6—12 Monate 21 (16 M. 5 Fr.), 1—5 Jahre 69 (49 M. 20 Fr.), über 5 Jahre 66 (32 M. 34 Fr.), von Kindheit an 12 (7 M. 5 Fr.); unbekannte Dauer bei 1 M. Erbliche Belastung und Familienanlage zu Geisteskrankheit bekannt geworden bei 46 M. 42 Fr. Als sonstige Krankheitsursachen angegeben u. a. Alkoholmißbrauch bei 7, Syphilis 13, Kopfverletzung 6, Strafhaft 3, Erschöpfung, hohes Alter 7, Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium 4. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 191 (91 M. 100 Fr.), paralytischer 27 (23 M. 4 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 10 (6 M. 4 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 16 (9 M. 7 Fr.), Neurasthenie 5 (3 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 5 M. Aufgenommene Paralytiker 10,6% der Aufnahmen, gegen 8,6% im letzten, 9,7% des vorletzten Jahres. Mit dem Strafgesetz im Konflikt waren 37 M. 5 Fr. = 16,5% aller Aufgenommenen. Gerichtseitig eingewiesen zur Begutachtung 7 M. 1 Fr., davon geisteskrank 2 M. Entlassen geheilt 6 (2 M. 4 Fr.), gebessert 57 (22 M. 35 Fr.), ungeheilt 25 (13 M. 12 Fr.), nicht geisteskrank 5 M. Gestorben 82 (56 M. 26 Fr.), davon an Altersschwäche 4 M., progressiver Paralyse 21 (16 M. 5 Fr.), Epilepsie 3 (1 M. 2 Fr.), sonstigen Hirnleiden 6 (2 M. 4 Fr.), Herzerkrankungen 9 (6 M. 3 Fr.), Erkrankungen der Lunge, des Brustfells 9 M., des Magens, Darms, Bauchfells 7 (5 M. 2 Fr.), an Tuberkulose 15 (7 M. 8 Fr.), Eitervergiftung 2, Ruhr 4, Krebs, Erstickung je 1. Sterblichkeit 7,8% der Verpflegten,



46,9% der Abgegangenen. Tuberkulöse Erkrankungen, außer den Verstorbenen noch 9 M. 17 Fr. Vor der Aufnahme tuberkulös 14. — In der Pensionsanstalt: Anfangsbestand von 66 (30 H. 36 D.). Zugang 11 (7 H. 4 D.). Abgang 12 (6 H. 6 D.). Bleibt Bestand 65 (31 H. 34 D.). Erbliche Belastung bekannt geworden bei 3 H. u. 3 D. des Zugangs; sonstige Krankheitsursachen Lues bei 1 H., Senium 1 H. 1 D., Kopfverletzung 1 H., körperl. Erkrankung 1 D.; vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 5 H. 4 D., paralytischer 1 H., an Kokainismus 1 H. Abgegangen als gebessert 5 (1 H. 5 D.), ungeheilt 4 (2 H. 2 D.). Gestorben 3 H. und zwar an progressiver Paralyse. — Gesamtausgabe: 502 290,69 M.

Lüben (108): Anfangsbestand 1094 (512 M. 582 Fr.), davon in Familienpflege 43 (10 M. 33 Fr.). Zugang 262 (148 M. 114 Fr.). Abgang 259 (161 M. 98 Fr.). Bleibt Bestand 1007 (471 M. 536 Fr.); davon in Familienpflege 55 (10 M. 45 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: einfache Seelenstörung bei 170 (82 M. 88 Fr.), paralytische 35 (31 M. 4 Fr.), epileptische 16 (7 M. 9 Fr.); Imbezillität, Idiotie bei 20 (11 M. 9 Fr.), multiple Sklerose 2 M., Alkoholismus 7 M.; Hysterie 4 Fr.; nicht geisteskrank (Beobachtungsfälle) 4 M. — Als Krankheitsursache angegeben: Strafhaft bei 2 M., Trunksucht 29 M. 3 Fr., Gemütserschütterung bei 5 M. 12 Fr., Kopfverletzungen 1 M. 1 Fr., Tropenaufenthalt 1 M., Schwangerschaft, Wochenbett, Wechseljahre 11 Fr., Greisenalter bei 5 M. 4 Fr., Syphilis bei 23 M. 1 Fr. Erblich belastet 104 (61 M. 33 Fr.). Gerichtlich bestraft 39 M. 7 Fr.; mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen unter den Beobachtungsfällen 4, davon Entscheidung nach § 51 StPO. in 1 Fall. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 32 (16 M. 26 Fr.), bis 3 Monate 33 (17 M. 16 Fr.), 6 Monate 24 (14 M. 10 Fr.), 1 Jahr 26 (19 M. 7 Fr.), 2 Jahre 18 (12 M. 6 Fr.), 5 Jahre 10 (26 M. 14 Fr.), über 5 Jahre 42 (22 M. 20 Fr.), von Kindheit an bei 24 (13 M. 11 Fr.), nicht festzustellen bei 9 (5 M. 4 Fr.). Entlassen geheilt 28 (12 M. 16 Fr.), gebessert 67 (43 M. 24 Fr.), ungeheilt 38 (25 M. 13 Fr.), davon nach andern Anstalten überführt 17 (11 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 4 M. Gestorben 122 (77 M. 45 Fr.) gegen 111 Kr. im Vorjahre. Unter den Todesursachen Tuberkulose bei 22 (13 M. 9 Fr.), progressive Paralyse bei 36 (28 M. 8 Fr.). — Gesamtausgabe: 497 946,89 M.

Freiburg, Schlesien (81): Anfangsbestand 726 (343 M. 383 Fr.). Zugang 190 (101 M. 89 Fr.). Abgang 181 (98 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 692 (318 M. 347 Fr.), in Familienpflege 50 (24 M. 26 Fr.), beurlaubt 42 (28 M. 14 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie 6, Idiotie mit Epilepsie 2, Imbezillität 13, Imbezillität mit Epilepsie 1, Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 28, an einfacher Seelenstörung 120 (56 M. 64 Fr.), paralytischer 16 (13 M. 3 Fr.), an traumatischer Neurose, Neurasthenie 2 M.; nicht geisteskrank 2 M. Erbliche Belastung und Familienanlage durch Trunksucht bei 20, Nerven- u. Geisteskrankheiten 23. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 26 (19 M. 7 Fr.); gerichtseitig zur Beobachtung überwiesen 4 M., davon geisteskrank 2. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei einfacher Seelenstörung und Paralyse, bis 3 Monate bei 46 (24 M. 22 Fr.), 3—6 Monate 24 (8 M. 16 Fr.), 6—12 Monate 12 (6 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre 24 (14 M. 10 Fr.), über 2 Jahre 30 (17 M. 13 Fr.), bei Epilepsie bis 1 Jahr 1 M., 1—3 Jahre 3 M.,

3—10 Jahre 15 (10 M. 5 Fr.), 10—20 Jahre 6 (3 M. 3 Fr.), über 20 Jahre 3 (1 M. 2 Fr.). Als Krankheitsursachen angegeben u. a. Alkohol bei 10, Lues 3, Haft 3, Kopfverletzung, Unfall 7. Entlassen geheilt 32 (13 M. 19 Fr.), gebessert 63 (34 M. 29 Fr.), ungeheilt 24 (18 M. 6 Fr.) Gestorben 62 (33 m. 29 w.), Todesursache Gehirnlähmung bei 15 (10 M. 5 Fr.), Gehirngeschwulst, Apoplexie je 1, epileptischer Anfall 3, Herzlähmung, Herzschwäche 17 (10 M. 7 Fr.), Altersschwäche, Entkräftung 8, Tuberkulose 3. — Gesamtausgaben 315 539,67 M.

Kreuzburg (101): Anfangsbestand 646 (377 M. 269 Fr.). Zugang 163 (95 M. 68 Fr.). Abgang 158 (99 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 651 (373 M. 278 Fr.), davon in Familienpflege 48 (28 M. 20 Fr.) gegen 25 (10 M. 15 Fr.) im Anfang. Krankheitsformen der Aufgenommenen: einfache Seelenstörung bei 111 (59 M. 52 Fr.), paralytische 14 (9 M. 5 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 12 (8 M. 4 Fr.), Hysterie 1 Fr., Alkoholismus 6 M., Imbezillität 9 (5 M. 4 Fr.), Neurasthenie 1 M.; nicht geisteskrank 2 M., zur Beobachtung 7 (5 M. 2 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 26 M. 2 Fr. Sonstige Krankheitsursachen Syphilis bei 2 M., Trunksucht bei 17 M. 2 Fr., Unfälle 3 M., Wochenbett 2 Fr., Morphium-Kokain bei 1 M. Erbliche Belastung bei 32 M. 27 Fr. — Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 32 (18 M. 14 Fr.), bis 3 Monate 20 (10 M. 10 Fr.), 6 Monate 12 (5 M. 7 Fr.), bis 1 Jahr 15 (9 M. 6 Fr.), bis 2 Jahre 12 (8 M. 4 Fr.), 5 Jahre 13 (6 M. 7 Fr.), mehr als 5 Jahre 23 (15 M. 8 Fr.), seit Kindheit 12 (7 M. 5 Fr.). Entlassen geheilt 13 (8 M. 5 Fr.), gebessert 27 (19 M. 8 Fr.), ungeheilt 20 (9 M. 11 Fr.); nicht geisteskrank 2 M., aus der Beobachtung 9 (7 M. 2 Fr.), in andere Anstalten versetzt 12 (11 M. 1 Fr.). Gestorben sind 75 (43 M. 32 Fr.) gegen 56 im Vorjahre. Todesursachen: Paralyse bei 15, infolge der großen Zahl und hinfälligen Zustandes eingelieferter Erkrankter; Tuberkulosefälle 8. Beschäftigt 32,8% M. 51,5% Fr. des Durchschnittsbestandes (gegen 36% bzw. 53,5% im Vorjahre). — Gesamtausgabe 378 501,41 M.

Tost (145): Anfangsbestand 639 (318 M. 321 Fr.). Zugang 153 (109 M. 44 Fr.). Abgang 112 (75 M. 37 Fr.). Bleibt Bestand 680 (352 M. 328 Fr.), davon in Familienpflege 5 (1 M. 4 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: einfache Seelenstörung 110 (75 M. 35 Fr.), paralytische 12 (11 M. 1 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 20 (16 M. 4 Fr.), Hysterie 1 Fr., Imbezillität, Idiotie 6 (4 M. 2 Fr.), Neurasthenie 2 M.; nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 23 (14 M. 9 Fr.), 1—3 Monate 31 (22 M. 9 Fr.), 3—6 Monate 9 (5 M. 4 Fr.), 6—12 Monate 12 (10 M. 2 Fr.), 1—2 Jahre 14 (10 M. 4 Fr.), 2—10 Jahre 25 (19 M. 6 Fr.), über 10 Jahre 24 (19 M. 5 Fr.), von Jugend auf 8 (5 M. 3 Fr.), unbekannt bei 5. Erblich belastet 42 (29 M. 13 Fr.). Neben erblicher Belastung Trunksucht bei 10 M., Gemütsbewegung 15 (10 M. 5 Fr.), Strafhaft 6 (4 M. 2 Fr.) Unfall- und Kopfverletzung 10 (9 M. 1 Fr.), Tropenklima 1 M. Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 37 (34 M. 3 Fr.), davon 4 M. auf Grund § 81 StPO. aufgenommen. Entlassen geheilt 13 (10 M. 3 Fr.), gebessert 27 (16 M. 11 Fr.), ungeheilt 5 (1 M. 4 Fr.), in andere Anstalten verbra ht 25 (24 M. 1 Fr.); nach geschlossener Beobachtung entlassen 16 M.; nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Gestorben 34 (17 M. 17 Fr.), davon



infolge progressiver Paralyse 9 (7 Fr. 2 M.), Epilepsie 2 (1 M. 1 Fr.), Gehirnleiden 1 M., Gehirnschlag 3 Fr., Tuberkulose 6 (2 M. 4 Fr.). Sterblichkeit 5,43% aller Verpflegten gegen 3,24% im Vorjahre. Beschäftigung der Männer 47%, der Frauen 51%. Gesamtausgabe: 329 714,80 M.

Dziekanka (76): Anfangsbestand 703 (362 M. 341 Fr.). Zugang 183 (98 M. 85 Fr.), Abgang 215 (125 M. 90 Fr.). Bleibt Bestand 671 (335 M. 336 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 140 (65 M. 75 Fr.), paralytischer 17 (16 M. 1 Fr.), alkoholischer 7 M., epileptischer 1 Fr., hysterischer Seelenstörung 3 (1 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 13 (9 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 2. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 48 (22 M. 26 Fr.), 2 Monate 15 (8 M. 7 Fr.), 3 Monate 11 (7 M. 4 Fr.), 6 Monate 15 (11 M. 4 Fr.), bis 1 Jahr 10 (7 M. 3 Fr.), 2 Jahre 13 (6 M. 7 Fr.), 3 Jahre 6 (4 M. 2 Fr.), 5 Jahre 11 (4 M. 7 Fr.), 10 Jahre 14 (7 M. 7 Fr.), über 10 Jahre 13 (6 M. 7 Fr.), angeboren 6 (5 M. 1 Fr.), unbekannt 19 (11 M. 8 Fr.). Erblichkeit erwiesen bei 64 = rund 35%. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 12 M. 8 Fr. Beobachtung 5 M. 2 Fr. Entlassen geheilt 33 (15 M. 18 Fr.), gebessert 45 (28 M. 17 Fr.), ungeheilt 102 (60 M. 42 Fr.), davon in andere Anstalten überführt 64 (43 M. 21 Fr.), nicht geisteskrank 2. Gestorben sind 33 (22 M. 11 Fr.), davon an Lungentuberkulose 5 (4 M. 1 Fr.), Lungenentzündung 4 (1 M. 3 Fr.), Herzleiden 5 (3 M. 2 Fr.), Typhus 1, Krebs 3, Altersschwäche 1 M. 1 Fr., Hirnlähmung 7 M., im paralytischen Anfall 2. Typhus mit 8 Fällen, davon 1 tödlich. — Landwirtschaft mit 125,3798 ha mit 115,708 ha Ackerfläche. Gesamtausgabe 420 026,90 M.

Obrawalde (118): Anfangsbestand 886 (471 M. 415 Fr.). Zugang 316 (154 M. 162 Fr.). Abgang 192 (101 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 1010 (524 M. 486 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 211 (83 M. 128 Fr.), paralytischer 21 (18 M. 3 Fr.), alkoholischer 11 M., epileptischer 31 (15 M. 16 Fr.), hysterischer Seelenstörung 3 (2 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 37 (23 M. 14 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 34 (14 M. 20 Fr.), 2 Monate 14 (6 M. 8 Fr.), 3 Monate 8 (3 M. 5 Fr.), 6 Monate 19 (7 M. 12 Fr.), 12 Monate 20 (5 M. 15 Fr.) bis 2 Jahre 18 (10 M. 8 Fr.), 5 Jahre 24 (14 M. 10 Fr.), 10 Jahre 49 (20 M. 29 Fr.), über 10 Jahre 31 (23 M. 8 Fr.), angeboren 31 (23 M. 8 Fr.), unbekannt 21 (13 M. 9 Fr.). Erbliche Belastung festgestellt bei 115 (54 M. 61 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 40 M. Entlassen geheilt 17 (12 M. 5 Fr.), gebessert 37 (18 M. 19 Fr.), ungeheilt 30 (19 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 2 M. Zur Beobachtung eingewiesen 6 (5 M. 1 Fr.), davon 2 M. geistig minderwertig, nicht geisteskrank, übrige geistesschwach und geisteskrank. Gestorben 106 (50 M. 56 Fr.), davon an Tuberkulose 33 (14 M. 19 Fr.), Magenkrebs 4 M., Herzleiden 9 (2 M. 7 Fr.), Altersschwäche 8 (3 M. 5 Fr.), Erschöpfung 2 Fr., fortschreitender Paralyse 9 (8 M. 1 Fr.), Epilepsie 3 (1 M. 2 Fr.), Hirngeschwulst 2 M., Ertrinken 1 M. Todesfälle 8% der Verpflegten gegen 6% im Vorjahre. Tuberkulose in 31% der Todesfälle Todesursache. Erhöhung des Todesfallprozentsatzes zurückzuführen auf Übernahme von 150 körperlich Siechen aus andern Provinzialanstalten. — Dritter Erweiterungsbau mit u. a. 2 Lazaretten zu je 40 Betten, 2 Infektionsbaracken mit je 52 Betten fertig im Rohbau.



Landwirtschaft mit 153,1130 ha, davon 120,67 ha bebaute Fläche. Gesamtausgabe 483 510.73 M.

Kosten (99): Anfangsbestand 699 (389 M. 310 Fr.). Zugang 134 (84 M., 50 Fr.). Abgang 151 (65 M. 86 Fr.). Bleibt Bestand 682 (408 M. 274 Fr.), darunter 215 (147 m. 68 w.) Jugendliche (minderwertige Idioten und Epileptiker). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 34 (12 m. 22 w.), paralytischer Seelenstörung 5 (4 m. 1 w.), Epilepsie u. Hysteroepilepsie 27 (16 m. 11 w.), Idiotie, Imbezillität 51 (38 m. 13 w.), Idiotie und Imbezillität mit Epilepsie 16 (14 m. 2 w.); nicht geisteskrank 1 w. Hauptsächlich Epileptiker und in ihrer geistigen Entwicklung Zurückgebliebene aufgenommen; 3 M. 8 Fr. mit günstiger Aussicht für weiteren Krankheitsverlauf. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 9 (3 m. 6 w.), 1—6 Monate 10 (2 m. 8 w.), 6—12 Monate 3 (2 m. 1 w.), 1—2 Jahre 4 (3 m. 1 w.), mehr als 2 Jahre 101 (69 m. 32 w.); unbekannte Dauer 6 (5 m. 1 w.) Erbliche Belastung in 40 Fällen, davon durch Trunksucht der Eltern u. Großeltern 13 m. 7 w. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 13 m. 2 w. Trunksucht vorhanden bei 6 M. Entlassen wurden 24 (12 M. 12 Fr.), davon geheilt 8, in andere Anstalten übergeführt 92 (36 M. 56 Fr.). Gestorben 30 (12 m. 18 w.) = 3,6% der Verpflegten, Todesfälle an Tuberkulose = 46,67% der Verstorbenen. Tuberkuloseerkrankungen unter den Jugendlichen besonders häufig; zu den i. J. 1911 durch Prüfungen nach *Pirquet* und nach *Calmette* festgestellten (inkl. Tuberkulose-Verdächtigen) 107 (58 m. 49 w.), hinzugekommen 24 (10 m. 14 w.), unter denen 1 m. 2 w. Hilfspflegepersonen. Nach Abzug der infolge Tuberkulose Verstorbenen verblieben noch 58 m. 52 w. Tuberkulosekranke in der Anstalt. Granulose mit 47 Fällen infolge Einschleppung aufgetreten. Eryispel 3 Fälle. Angina follicularis 12 Fälle. Schulbesuch in der Idiotenanstalt durch 36 Schüler im Anfang, Endbestand 54. — Gesamtausgabe: 351 292,92 M.

Owinsk (121): Anfangsbestand ausschl. der Beurlaubten 748 (341 M. 407 Fr.) Zugang 154 (69 M. 85 Fr.). Abgang 216 (107 M. 109 Fr.). Bleibt Bestand 686 (303 M. 383 Fr.). Vom Zugang litten an Melancholie 10 (2 M. 8 Fr.), Manie 11 (6 M. 5 Fr.), Dementia praecox 40 (17 M. 23 Fr.), Paranoia 29 (7 M. 22 Fr.), Amentia 1 Fr., impulsivem Irresein 1 M., Alkoholismus 7 (3 M. 4 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 4 (1 M. 3 Fr.), hysterischem Irresein 6 Fr., Dementia paralytica 16 (15 M. 1 Fr.), Dementia senilis 9 (5 M. 4 Fr.), Imbezillität 11 (7 M. 4 Fr.), Idiotie 1 M. 1 Fr. Nicht geisteskrank zur Beobachtung untergebracht 4 M. 3 Fr. Voraussichtlich heilbar waren 41 (17 M. 24 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 23 (11 M. 12 Fr.), 2 Monate 16 (5 M. 11 Fr.), 3 Monate 6 (4 M. 2 Fr.), 3—6 Monate 17 (7 M. 10 Fr.), 6—12 Monate 17 (8 M. 9 Fr.), 1—2 Jahre 23 (12 M. 11 Fr.), 2—5 Jahre 27 (9 M. 13 Fr.), über 5 Jahre 1 M. 8 Fr., von Kindheit an 14 (8 M. 5 Fr.), unbekannte Dauer 1 Fr. Erblichkeit erwiesen bei 9 M. (13%), 22 Fr. (25,9%, zusammen 31 P. (20,1%). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 19 M. 7 Fr. Zur Beobachtung seitens der Gerichte überwiesen 9 M. 4 Fr. Entlassen geheilt 25 (17 M. 8 Fr.), gebessert 51 (20 M. 31 Fr.), ungeheilt 80 (42 M. 38 Fr.), davon nach Obrawalde überführt 60 (30 M. 30 Fr.). Gestorben 52 (23 M. 29 Fr.), davon infolge Lungentuberkulose 8. 2 Typhuserkrankungen. Beschäftigt 47% der Kranken. Gesamtausgabe: 390 031,48 M.



Kückenmühler Anstalten (102): Anfangsbestand 1140 (592 m. 548 w.). Zugang 156 (73 m. 83 w.), davon über 15 Jahre alt 84 (38 m. 46 w.). Abgang 173 (92 m. 81 w.). Bleibt Bestand 1123 (573 m. 550 w.). Unter den Aufgenommenen fanden sich Komplikationen bei den Schwachsinnigen u. a. chronischer Alkoholismus bei 1 w., Dämmerzustand 1 w., Hydrozephalus 1 m., Kryptorchismus 1 m., Mongolismus 1 m., Chorea 1 w.; bei den Epileptikern u. a. Dementia bei 4 m. 8 w., Imbezillität 2 m. 1 w., Idiotie 6 m. 6 w. Von den Aufnahmen waren Fürsorgezöglinge 26 (11 m. 15 w.), Heredität der Aufnahmen bei den Schwachsinnigen 15,38% m., 13,46% w., bei den Epileptikern 5,13% m., 7,05% w. Entlassen geheilt 1 w., gebessert 26 (20 m. 6 w.), ungebessert 67 (29 m. 38 w.). Gestorben 79 (43 m. 36 w.), davon infolge Lungentuberkulose 14. — Die Kückenmühler Anstalten bestehen nunmehr 50 Jahre als Fürsorge-Erziehungsanstalt; neu ist die Aufnahme von Psychopathen. Gesamtausgabe: 880 017,39 M.

Neustadt, Holst. (113): Anfangsbestand 957 (552 M. 405 Fr.). Zugang 327 (201 M. 126 Fr.). Abgang 166 (89 M. 77 Fr.). Bleibt Bestand 1118 (664 M. 454 Fr.), hiervon in Familienpflege 110 (42 M. 68 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 206 (117 M. 89 Fr.), paralytischer 22 (12 M. 10 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 45 (32 M. 13 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 26 (17 M. 9 Fr.), Hysterie 4 F., Alkoholismus 18 (17 M. 1 Fr.); zur Beobachtung 6 M. Entlassen geheilt 10 (4 M. 6 Fr.), gebessert 75 (43 M. 32 Fr.), ungeheilt 37 (18 M. 17 Fr.), davon nach andern Anstalten 23 (12 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 5 M. Erblichkeit der Aufnahmen 16,4% M., 23% Fr., Potus 11,4% M. 1,6% Fr., vorbestraft 29,4% M. 0,8% Fr. Im festen Haus untergebracht 72 Kr. Gestorben 41 (19 M. 22 Fr.), davon an Lungenschwindsucht 5, Lungenentzündung und Katarrh 3, Herzleiden 7, Gehirnerweichung 7, Schlaganfall 3, Altersschwäche 6. 18 Fälle von Tuberkulose (12 M. 6 Fr.), 7 Erysipel (2 M. 5 Fr.). Landwirtschaftl. Areal 108½ ha, davon Pflugland 71½ ha. Gesamtausgabe: 660 532,78 M.

Schleswig, Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt (132): Anfangsbestand 1212 (617 M. 595 Fr.). Zugang 360 (176 M. 184 Fr.). Abgang 368 (217 M. 151 Fr.). Bleibt Bestand 1204 (576 K. 628 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 278 (124 M. 154 Fr.), paralytischer Seelenstörung 22 (16 M. 6 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 12 (9 M. 3 Fr.), Imbezillität, Idiotie 32 (12 M. 20 Fr.), Delirium potat. 13 (12 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 3 M. Aus der Kieler Klinik aufgenommen 41 M. 19 Fr. (im Vorjahre 54 M. 77 Fr.); zur Beobachtung 12 (8 M. 4 Fr.), davon nicht geisteskrank 2 M. Wahrscheinliche Krankheitsursache der Aufgenommenen: Familienanlage bei 134 (57 M. 77 Frl), deprim. Gemütsaffekte 26 (7 M. 19 Fr.), Trauma 4 M., Senium 12 (6 M. 6 Fr.), Lues 8 M., Alkoholismus 22 (20 M. 2 Fr.), fieberhafte Erkrankung 5 (2 M. 3 Fr.), Wochenbett, Schwangerschaft 3 Fr.; unbekannt bei 143 (69 M. 74 Fr.). Wahrscheinlich heilbar 73 (32 M. 41 Fr.). Geheilt entlassen 42 (25 M. 17 Fr.), gebessert 121 (69 M. 52 Fr.), ungeheilt 107 (73 M. 34 Fr.); in Privat-Pflegeanstalten versetzt 35, aus ihnen gekommen 42 (im Vorjahre 42 bzw. 35). Gestorben 95 (47 M. 48 Fr.), davon an Paralyse 21 (15 M. 6 Fr.), im Vorjahre 15 (14 M. 1 Fr.), an Lungentuberkulose 12



(6 M. 6 Fr.), daran behandelt 28 (14 M. 14 Fr.), im Vorjahre gestorben 13, behandelt 36. Gesamtausgabe: 913 044,44 M.

In der Anstalt für Geistesschwache in Schleswig (133): Anfangsbestand 368 (219 m. 149 w.). Zugang 57 (35 m. 22 w.), darunter 8 (5 m. 3 w.) unter 6 Jahren. Abgang infolge Entlassung zur Familie 9 (5 m. 4 w.), durch Tod 14 (5 m. 9 w.). Bleibt Bestand 402 (244 m. 158 w.), davon in Familienpflege 4 erwachsene, 2 schulpflichtige Pfl. Vom Zugang litten an Idiotie 22 (13 m. 9 w.), Imbezillität 34 (22 m. 12 w.), Kretinismus 1 w. Unter den zur Familie entlassenen 5 (1 m. 4 w.) gebessert. Unter den Todesursachen Lungentuberkulose, epileptischer Anfall, Epilepsie je 1mal, Entkräftung 2, Erysipel 3, akuter und fieberhafter Darmkatarrh 2mal. Schulbesuch von 83 gegen 87 Pfl. im Vorjahr, Abt. für Sach-, Sprech- und Werkunterricht 21 gegen 26. Beschäftigung in Werkstätten, Haus- und Gartenwirtschaft 59 Pfl. Wirtschaftlicher Ertrag 4605,42 M. Gesamtausgabe: 247 427,61 M.

Göttingen (85): Anfangsbestand 521 (350 M. 171 Fr.). Zugang 296 (170 M. 126 Fr.). Abgang 270 (148 M. 122 Fr.). Bleibt Bestand 547 (372 M. 175 Fr.). Zur Begutachtung aufgenommen in schwebendem Strafverfahren 10, aus Haft 7, aus Moringen 11 M., ferner 9 w. Fürsorgezöglinge u. 2 Fr. aus Moringen zur Beobachtung. Zugang an Kriminellen 18, davon arbeitsfähig 6. Gesamtbestand an Kriminellen 26 mehr als im Vorjahre. Entlassen geheilt 23 (15 M. 8 Fr.), gebessert 100 (59 M. 41 Fr.), ungeheilt 79 (41 M. 38 Fr.); nicht geisteskrank 15 (6 M. 9 Fr.). Nach andern Anstalten gebessert und ungeheilt überführt 52 (26 M. 26 Fr.). In Familienpflege durchschn. pro Tag 68. Gestorben 53 (27 M. 26 Fr.).

Im Provinzialverwahrungshause, Göttingen (85a): Anfangsbestand 50. Zugang 8. Abgang 8. Bleibt Bestand 50, davon aus andern Anstalten zugeführt 8, Von den 58 Behandelten mit dem Strafgesetz im Konflikt 54, davon nach § 51 StGB: freigesprochen und überwiesen 12, verurteilt und in Strafhaft erkrankt 23, früher verurteilt und nach § 51 eingewiesen 13. An ausgesprochenen Psychosen litten 42, Grenzzustände 4, Idiotie, Imbezillität 12. Entlassen zum Strafvollzug 3, nach andern (offenen) Anstalten 5. Beschäftigt durchschnittlich von 50 Kr. = 36, im Einzelzimmer 11.

Hildesheim (92): Anfangsbestand 675 (396 M. 279 Fr.). Zugang 306 (163 M. 143 Fr.). Abgang 278 (150 M. 128 Fr.). Bleibt Bestand 703 (409 M. 294 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: einfache Seelenstörung bei 201 (90 M. 111 Fr.); Paralyse 44 (33 M. 11 Fr.); Hysterie oder Epilepsie mit Seelenstörung 21 (13 M. 8 Fr.), Imbezillität, Idiotie 21 (12 M. 9 Fr.); zur Beobachtung 19 (15 M. 4 Fr.), davon gerichtseitig zugewiesen 5 M. 4 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme: bis 3 Monate bei 82 (38 M. 44 Fr.), 3—6 Monate 27 (14 M. 13 Fr.), 6—12 Monate 14 (6 M. 8 Fr.), 1—2 Jahre 59 (30 M. 29 Fr.), über 2 Jahre 88 (52 M. 36 Fr.), angeboren 18 (11 M. 7 Fr.), unbekannt 1. Als Krankheitsursache angegeben Heredität bei 55 (24 M. 31 Fr.), uneheliche Geburt 6 Fr., Haftstrafe 3 (2 M. 1 Fr.), Alkoholmißbrauch 16 (11 M. 5 Fr.), Syphilis 21 (16 M. 5 Fr.), Apoplexie 1 M. 1 Fr., Trauma 17 (12 M. 5 Fr.), psychische Ursache 3 Fr., Arteriosklerose 2 M., Pubertät 2 M. 2 Fr., Senium 30 (9 M. 21 Fr.),



Klimakterium 7 Fr., Wochenbett 5 Fr. Aus andern Anstalten übernommen 18 (10 M. 8 Fr.); aus dem Militärstande stammend 6 (4 Landheer, 2 Marine). Entlassen geheilt 17 (9 M. 8 Fr.), gebessert 64 (36 M. 28 Fr.), ungeheilt 118 (62 M. 56 Fr.), davon in andere Anstalten überführt 94 (48 M. 46 Fr.). Gestorben 76 (42 M. 34 Fr.), davon infolge Paralyse 23, Altersschwäche 10, an Tuberkulose 4 (2 M. 2 Fr.) = 5,6% aller Todesfälle. Gesamtausgabe: 810 273,08 M.

Lüneburg (109): Anfangsbestand 970 (510 M. 460 Fr.). Zugang 358 (175 M. 183 Fr.), davon aus andern Anstalten 6 (4 M. 2 Fr.). Abgang 355 (156 M. 199 Fr.). Bleibt Bestand 973 (529 M. 444 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 227 (90 M. 137 Fr.), paralytischer Seelenstörung 27 (21 M. 6 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 21 (9 M. 12 Fr.), Imbezillität, Idiotie 20 (12 M. 8 Fr.), Alkoholismus und Delirium potat. 24 (22 M. 2 Fr.), Hysterie, Neurasthenie 9 (3 M. 6 Fr.), Hirnblutung 3 Fr.; Landrysche Paralyse, Karzinom im Gehirn, Tabes dorsalis, Opiumsucht, Infektionsdelirium je 1 Fr.; zur Beobachtung 22 (18 M. 4 Fr.), davon 12 M. 2 Fr. gerichtseitig eingeliefert, 7 M. 2 Fr. zurechnungsfähig. Heredität 57 (20 M. 37 Fr.); Alkoholmißbrauch 45 (42 M. 3 Fr.), Syphilis bei 28 (22 M. 6 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monate bei 110 (55 M. 55 Fr.), 3—6 Monate 31 (12 M. 19 Fr.), 6—12 Monate 21 (7 M. 14 Fr.), 1—2 Jahre 36 (21 M. 15 Fr.), über 2 Jahre 101 (45 M. 56 Fr.); angeboren 23 (13 M. 10 Fr.), unbekannt 36 (22 M. 14 Fr.). Entlassen geheilt 22 (9 M. 13 Fr.), gebessert 84 (47 M. 37 Fr.), ungeheilt 158 (55 M. 103 Fr.), davon nach andern Anstalten überführt 115 (36 M. 79 Fr.), nicht geisteskrank 11 (8 M. 3 Fr.). Gestorben 77 (34 M. 43 Fr.), davon infolge Paralyse 15 (12 M. 3 Fr.), an Tuberkulose 17 (5 M. 12 Fr.). Gesamtausgabe: 1 774 006,61 M.; Reingewinn des landwirtschaftlichen Betriebes rechnungsmäßig: 74 131,12 M. bei 188 588,99 M. Ausgaben.

Osnabrück (119): Anfangsbestand 389 (179 M. 210 Fr.). Zugang 188 (103 M. 85 Fr.). Abgang 181 (89 M. 92 Fr.). Bleibt Bestand 396 (193 M. 203 Fr.). Vom Zugang, 47% des Durchschnittsbestandes, litten an einfacher Seelenstörung 158 (80 M. 78 Fr.), paralytischer 7 (6 M. 1 Fr.), epileptischer 7 (4 M. 3 Fr.), hysterischer Seelenstörung 1 Fr., an Idiotie 6 M., Alkohol 8 (6 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Zur Beobachtung nach § 81 StPO. 4 M. 1 Fr., davon geisteskrank, 3 M. 1 Fr.; zur Begutachtung 1 M. 2 Fr., davon 2 Fr. krank. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 21 (17 M. 4 Fr.). Dauer der Krankheit vor der Aufnahme weniger als 3 Monate bei 63 (32 M. 31 Fr.), 3—6 Monate 17 (10 M. 7 Fr.), 6—12 Monate 15 (10 M. 5 Fr.), 1—2 Jahre 15 (7 M. 8 Fr.); länger als 2 Jahre 67 (37 M. 30 Fr.), angeboren 10 (6 M. 4 Fr.). Mutmaßliche Krankheitsursache u. a. Alkoholismus bei 13, Lues 7, Haft 4; erbliche Belastung ohne sonstige Ursache bei 36 (19 M. 17 Fr.) (bzw. 25 Fr.). Entlassen geheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gebessert 77 (41 M. 36 Fr.), nicht gebessert 49 (20 M. 29 Fr.), davon nach andern Anstalten überführt 29 (9 M. 20 Fr.). Gestorben sind 49 (23 M. 26 Fr.) = 8,5% der Verpflegten (8,2% M. 8,9% Fr.), davon an Gehirnerweichung 6 (4 M. 2 Fr.), Hirnhautentzündung 2 (1 M. 1 Fr.). Altersschwäche und Marasmus je 7, Status epilepticus 2, infolge Tuberkulose 2. Bewirtschaftetes Areal 29,03 ha.



Langenhagen (104). A. Anstalt für Geistesschwache: Anfangsbestand 802 (436 m. 366 w.), Zugang 117 (64 m. 53 w.), Abgang 84 (59 m. 25 w.). Bleibt Bestand 836 (442 m. 394 w.). Entlassen gebessert 9 (7 m. 2 w.), nicht gebessert 39 (31 m. 8 w.). Gestorben 35 (20 m. 15 w.), in 13 Fällen an Tuberkulose. Sterblichkeit 7,18% der Verpflegten gegen 2,37% im Vorjahre. Von 172 Epileptikern ohne Anfälle 54 (35 m. 19 w.). Schulbesuch bei Beginn des Schuljahres 129, im Winterhalbjahr 157; schulentlassen, weil Unterricht aussichtslos, 22. B. Filiale Himmelstür: Anfangsbestand 106. Aufgenommen 21, entlassen 1. Gestorben 4, davon infolge Tuberkulose 2. C. Beobachtungsstation: Aufgenommen 410 (237 M. 173 Fr.), davon aus der Stadt Hannover 333 (185 M. 148 Fr,). Es litten an einfacher Seelenstörung 240 (111 M. 129 Fr.), an Paralyse 51 (38 M. 10 Fr.), Epilepsie 28 (18 M. 10 Fr.), Idiotie, Imbezillität 12 (6 M. 6 Fr.), Hysterie 7 (1 M. 6 Fr.), Morphinismus 1 Fr., Alkoholdelirium 58 (51 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 10, zur Beobachtung 3. Polizeilich eingeliefert 38 M. 13 Fr. Ursächlich mit Entwicklung der Krankheit anzunehmen Erblichkeit bei 127, Lues 39, Alkohol 77, Alter 44, Apoplexie 9, psychischer Affekt 10, Puerperium 6, uneheliche Geburt 7, Haft 19, Trauma 7, körperliche Erkrankung bei 13. Gestorben 21 M. 4 Fr. In Anstalten überführt 177 (83 M. 94 Fr.).

Rasemühle (123): Erstmaliger Jahresbericht, da von der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt nunmehr wirtschaftlich getrennt. Gesamtbestand an Patienten 684 (1911 = 605, 1912 = 597). Durchschnittliche Verpflegungsdauer gesunken auf 47,50 (1911 = 51,23, 1912 = 59,93). Vom Zugang (615 P.) waren Selbstzahler 290, wurden gesandt von Krankenkassen 38, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 78, Berufsgenossenschaften 42, Landesversicherungsanstalten 116, Militärbehörden 2, Reichspost 14, Eisenbahn 23, Heilanstalten 2, Schiedsgerichten 3, Armenverwaltungen 7. Von den 684 P. litten an funktionellen Neurosen 586, und zwar an endogener Nervosität 287, Neurasthenie 229, Hysterie 70; an organischen Erkrankungen 21, sonstigen Nervenkrankheiten 77, darunter Psychosen 35. Von den als psychisch erkrankt erkannten wurden 2 an andere Anstalten überwiesen, die übrigen auf Veranlassung des Sanatoriums alsbald nach Hause geholt. Entlassen sind : geheilt 149, gebessert 279, ungeheilt 160. 1 Todesfall (Schlaganfall). Eine statistische Zusammenstellung über Zahl, Herkunft, Erkrankungsformen usw. ist dem Bericht beigefügt; ihr ist zu entnehmen, daß 1904 das Sanatorium mit 40 Patienten eröffnet, schon in diesem Jahre einen Zugang von 272 hatte, der sich inzwischen progressiv gesteigert hat. Der Zuschuß der Provinzialverwaltung belief sich 1904 auf M. 19 360, 1906 noch 15 113 M., und war zurzeit nur erforderlich mit 2550 M. Gesamtausgabe 1913: 287 865 M.

Isenwald (96): Tendenz: Erziehung zur totalen Enthaltsamkeit. Frequenz: 1901/14 = 746 P. Zugang 1912/13 = 64; 1913/14 = 67; 1914/15 = 52 P. Mehrfach eingetreten 1901/14 = 66, seit 1912/13 = 6,2 und 7 P. Durchschnittsaufenthalt 1901/14 = 163 Tage; im Jahre 1912/13 = 202; 1913/14 = 163, 1914/15 = 125 Tage. Kosten der Bespeisung pro Tag und Person: 1901/14 i. D. = 1,06 Pf.; 1912/13 = 117 Pf.; 1913/14 = 106 Pf.; 1914/15 = 110 Pf.

In Isenwald starben von 760 P. nur 2. Als geheilt — dauernd abstinent —



zu betrachten 30%; auf Jahre hinaus wirtschaftlich gefördert anzunehmen 50%. Von 1365 früheren Pat., laut Nachrichten aus 40 Anstalten, abstinent geblieben 34,85%; außerdem sozial brauchbar 12,10%, also Behandlungserfolg 47%. Eine Landesversicherungsanstalt berichtet über nach Trinkerheilstätten gesandte Versicherte, daß sie sich gesundheitlich, wirtschaftlich und sittlich gut hielten: 1 Jahr nach Entlassung 48%, 2 Jahre 40%, 3 Jahre 37%, 4 Jahre 34%, 5 Jahre 43% (aus dem Ref. zur 30. Jahresversammlung gegen den Mißbrauch geistiger Getränke von Pastor *Fiesel*-Gifhorn).

In den Provinzialanstalten der Provinz Westfalen (151) war am 1. April 1912 ein Anfangsbestand von 4758. Zugang 1387. Abgang 1188. Bleibt Bestand 4957.

Marsberg: Anfangsbestand 565. Zugang 150 (93 M. 57 Fr.). Abgang 116 (67 M. 49 Fr.). Bleibt Bestand 599. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 121 (70 M. 51 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 8 M., an Epilepsie mit Seelenstörung 2 (1 M. 1 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 6 (3 M. 3 Fr.), an Alkoholismus, Delirium pot. 5 M. Zur Beobachtung waren aufgenommen 5 M. 2 Fr., als freiwilliger Pensionär 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 36 (22 M. 14 Fr.), 2 bis 3 Monate bei 22 (14 M. 8 Fr.), bis 6 Monate bei 12 (9 M. 3 Fr.), bis 1 Jahr bei 7 (3 M. 4 Fr.), bis zu 2 Jahren 17 (10 M. 7 Fr.), die übrigen bei längerer oder unbekannter Dauer. Krankheitsursache war Wochenbett usw. bei 3 Fr., Trunksucht bei 8 (6 M. 2 Fr.), Trauma bei 1 M., Lues bei 1 M. Erblich belastet 9 M. 3 Fr. Entlassen als geheilt 19 (8 M. 11 Fr.), 18,63% der Aufnahmen, gebessert 34 (23 M. 11 Fr.), ungeheilt 12 (9 M. 3 Fr.). Gestorben sind 44 (22 M. 22 Fr.) oder 6,15% der Verpflegten, davon infolge Paralyse 2 M., Lungen- und Darmtuberkulose 12 (5 M. 7 Fr.), 1 Selbstmord.

Lengerich i. W.: Anfangsbestand 706 (400 M. 306 Fr.). Zugang 186 (99 M. 87 Fr.). Abgang 141 (82 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 751 (417 M. 334 Fr.), in Familienpflege 143 (73 M. 70 Fr.). Zur Beobachtung eingeliefert 6 (4 M. 2 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 142 (68 M. 74 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 8 (7 M. 1 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 2 M., Imbezillität, Idiotie 12 (10 M. 2 Fr.), chron. Alkoholismus, Delirium pot. 7 M., Neurasthenie, Hysterie 2 (1 M. 1 Fr.), Seelenstörung nach Kopfverletzung 1 Fr. Von vornherein als unheilbar anzusehen waren 56,5% der Aufgenommenen, erklärlich durch die Überführung von 14 M. 31 Fr. aus Aplerbeck in die Familienpflege zu Lengerich. Als Krankheitsursache anzusehen erbliche Belastung bei 96 (49 M. 47 Fr.), Trunksucht bei 19 (16 M. 3 Fr.), Kopf- und Körperverletzung bei 2 (1 M. 1 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett usw. bei 6 Fr., Klimakterium bei 4 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 28 (14 M. 14 Fr.) bis zu 3 Monaten bei 18 (11 M. 7 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 11 (7 M. 4 Fr.), bis 1 Jahr bei 13 (11 M. 2 Fr.), bis 2 Jahre bei 13 (11 M. 2 Fr.), mehr als 2 Jahre bei 71 (27 M. 44 Fr.), angeboren 12 (5 M. 7 Fr.). Entlassen geheilt 42 (16 M. 26 Fr.), gebessert 36 (24 M. 12 Fr.), ungeheilt 22 (16 M. 6 Fr.), aus der Beobachtung 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben sind 35 (21 M. 14 Fr.) oder 3,92% der Verpflegten, davon an Tuberkulose 9 (4 M. 5 Fr.).

Münster: Anfangsbestand 623 (249 M. 374 Fr.). Zugang 215 (104 M.



111 Fr.). Abgang 215 (106 M. 109 Fr.). Bleibt Bestand 623 (247 M. 376 Fr.), davon in Familienpflege 8 (3 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 22 (13 m. 9 w.), darunter 9 Fürsorgezöglinge. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 161 (64 M. 97 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 17 (15 M. 2 Fr.), Imbezillität 8 (6 M. 2 Fr.). Krankheitsursache anzunehmen bei 78 (31 M. 47 Fr.) erbliche Belastung, Trunksucht bei 13 (11 M. 2 Fr.), Wochenbett usw. bei 9 Fr., Lues bei 6 M., Strafhaft bei 5 M., Körperverletzung bei 7 (6 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 22 (10 M. 12 Fr.), bis 3 Monate bei 23 (8 M. 15 Fr.), bis 6 Monate bei 22 (10 M. 12 Fr.), bis 1 Jahr bei 15 (4 M. 11 Fr.), bis 2 Jahre bei 17 (8 M. 9 Fr.), von längerer oder unbekannter Dauer bei den übrigen. Entlassen geheilt 28 (8 M. 20 Fr.), gebessert 65 (29 M. 36 Fr.), ungeheilt 82 (43 M. 49 Fr.), nach Beobachtung 16 (12 M. 4 Fr.). Gestorben sind 24 (14 M. 10 Fr.) oder 2,87% der Verpflegten, davon infolge Tuberkulose 3 (2 M. 1 Fr.), infolge Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.).

Aplerbeck: Anfangsbestand 630 (332 M. 298 Fr.). Zugang 213 (104 M. 109 Fr.). Abgang 216 (107 M. 109 Fr.). Bleibt Bestand 645, davon in Familienpflege 23 (10 M. 13 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 51 (38 m, 13 w.), darunter 16 Fürsorgezöglinge. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 123 (40 M. 83 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 14 (12 M. 2 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie oder Hysterie 6 (2 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 9 (3 M. 6 Fr.), Alkoholismus 6 (5 M. 1 Fr.). Als Erkrankungsursachen anzunehmen erbliche Belastung, Degeneration bei 53 (18 M. 35 Fr.), Trunksucht bei 6 (4 M. 2 Fr.), Lues bei 10 M., Trauma bei 5 (4 M. 1 Fr.), Schwangerschaft usw. bei 5 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 27 (5 M. 22 Fr.), 1—3 Monate bei 21 (5 M. 16 Fr.), 3—6 Monate bei 15 (8 M. 7 Fr.), 6—12 Monate bei 10 (7 M. 3 Fr.), 1—2 Jahre bei 20 (10 M. 10 Fr.), von längerer oder unbekannter Dauer bei den übrigen. Entlassen wurden geheilt 20 (12 M. 8 Fr.), gebessert 47 (20 M. 24 Fr.), ungeheilt 62 (24 M. 38 Fr.), nach Beobachtung 37 (26 M. 11 Fr.). Gestorben sind 50 oder 5,81% der Verpflegungsstandes, davon infolge Paralyse 8 M., infolge Tuberkulose 7 (2 M. 5 Fr.), durch Karzinom 6 (3 M. 3 Fr.), 2 Selbstmorde.

Warstein: Anfangsbestand 1287 (683 M. 604 Fr.) Zugang 340 (173 M. 167 Fr.). Abgang 308 (182 M. 126 Fr.). Bleibt Bestand 1319 (674 M. 645 Fr.), davon in Familienpflege 73 (22 M. 51 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 20 (15 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 13 M. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 171 (130 M. 141 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 31 (25 M. 6 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 7 (5 M. 2 Fr.), Hysterie 1 Fr., Imbezillität, Idiotie 18 (7 M. 11 Fr.), chron. Alkoholismus 5 (4 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank waren 7 (2 M. 5 Fr.). Als Krankheitsursache angegeben erbliche Belastung bei 51 (35 M. 16 Fr.), Syphilis bei 16 (10 M. 6 Fr.), Trunksucht bei 6 (4 M. 2 Fr.), Haft bei 8 M., Unfall boi 6 (4 M. 2 Fr.), Klimakterium, Wochenbett usw. bei 18 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 40 (15 M, 25 Fr.), 1—3 Monate bei 54 (21 M. 33 Fr.), 3—12 Monate bei 81 (53 M. 28 Fr.), über ein Jahr bei 133 (67 M. 66 Fr.), unbekannt 32 (17 M. 15 Fr.). Entlassen



geheilt 63 (29 M. 34 Fr.), gebessert 97 (56 M. 41 Fr.), ungeheilt 35 (26 M. 9 Fr.), als nicht geisteskrank 18 (12 M. 6 Fr.). Gestorben sind 95 (59 M. 36 Fr.) oder 5,84% der Verpflegten, davon infolge Paralyse 25 (22 M. 3 Fr.), Tuberkulose 15 (7 M. 8 Fr.), Karzinom 3 Fr., Erysipel 4 (2 M. 2 Fr.), Selbstmord 1 Fr.

Eickelborn: Anfangsbestand 929 (438 M. 491 Fr.). Zugang 283 (130 M. 153 Fr.). Abgang 192 (101 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 1020 (467 M. 553 Fr.), davon im Bewahrhause 44 Kr., in Familienpflege 57 (34 M. 23 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 1 Fr. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 211 (88 M. 123 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 6 (4 M. 2 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 12 (6 M. 6 Fr.), Imbezillität, Idiotie 46 (28 M. 18 Fr.), Hysterie 1 Fr., Chorea 1 Fr., Alkoholismus 5 (4 M. 1 Fr.). 32 der Neuaufgenommenen waren erblich belastet, aus andern Anstalten überführt 81. Entlassen als geheilt sind 34 (11 M. 23 Fr.), gebessert 49 (27 M. 22 Fr.), ungeheilt 9 (7 M. 2 Fr.), in andere Anstalten versetzt 15 (11 M. 4 Fr.). Gestorben sind 85 (45 M. 40 Fr.) oder 7,01% der Verpflegten, infolge Paralyse starben 6 (4 M. 2 Fr.), Tuberkulose 14 (7 M. 7 Fr.), Kopfrose 2 M., Selbstmord 1 Fr.

Weilmünster (149): Anfangsbestand 911 (458 M. 453 Fr.); Zugang 116 (60 M. 56 Fr.), davon aus andern Irrenanstalten zugeführt 44 (21 M. 23 Fr.), aus Gefängnissen 7 M. Abgang 115 (64 M. 51 Fr.). Bleibt Bestand 912 (454 M. 458 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: einfache Seelenstörung bei 79 (35 M. 44 Fr.), paralytische 7 (5 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 11 (4 M. 4 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 8 (4 M. 4 Fr.), Hysterie 3 (1 M. 2 Fr.), Alkoholismus 7 M.; nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor Aufnahme bis 3 Monate bei 30 (12 M. 18 Fr.), 3—6 Monate 11 (7 M. 4 Fr.), über 6 Monate 74 (40 M. 34 Fr.). Erbliche Belastung 32 M. = 54%, 31 Fr. = 55% der Aufnahmen, und zwar u. a. an Nerven- und Geisteskrankheiten in 53 Fällen, Trunksucht 17, Verbrechen 8. Unter anderweitigen Ursachen der Erkrankung aufzuführen Alkoholmißbrauch bei 14 (13 M. 1 Fr.). Syphilis 5, Haft 6, Senium 12. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 24 m. 5 w. Gerichtseitig zur Beobachtung überwiesen 3 M., sämtlich geisteskrank. Entlassen geheilt 9 (3 M. 6 Fr.), gebessert 33 (22 M. 11 Fr.), ungeheilt 16 (9 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 1 M. Gestorben 55 (29 M. 26 Fr.), davon u. a. an Altersschwäche 4, Kräfteverfall 5, im paralytischen oder epileptischen Anfall 5, an Lungenentzündung 10, Tuberkulose 18, Abdominaltyphus 2, Selbstmord 1. Sterblichkeit 6% der Krankenzahl, relativ günstig. 10 Typhuserkrankungen, 2 tödlich. Von Ekzema marginatum ergriffen u. a. 13 Kr. u. 8 Pflegerinnen in einer Aufnahmestation.

Herborn (90): Anfangsbestand 315 (175 M. 140 Fr.). Zugang 271 (149 M. 122 Fr.), davon zugeführt aus andern Irrenanstalten 208 (118 M. 90 Fr.), aus Gefängnissen und Korrektionsanstalten 2 M. Abgang 138 (90 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 448 (234 M. 214 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: einfache Seelenstörung 165 (79 M. 86 Fr.), paralytische 30 (23 M. 7 Fr.), Imbezillität, Idiotie 19 (10 M. 9 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 18 (12 M. 6 Fr.), Hysterie 9 (8 M. 1 Fr.), Alkoholismus 26 (20 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank (zur Beobachtung überwiesen) 4 M. Vorherige Krankheitsdauer: bis 3 Monate bei 26 (11 M.



15 Fr.), 3—6 Monate 11 (6 M. 5 Fr.), mehr als 6 Monate 157 (83 M. 74 Fr.), unbekannt 73 (45 M. 28 Fr.). Angegebene Krankheitsursachen: erbliche Belastung bei 131 (76 M. 55 Fr.), Alkoholmißbrauch 40 (35 M. 5 Fr.), Syphilis 20 (18 M. 2 Fr.), Senium 18 (13 M. 15 Fr.), Puerperium 6 Fr., Pubertät, Laktation je 1, Arterienverkalkung, Unfall je 5, Haft 3, psychische Ursachen bei 69 (21 M. 48 Fr.). — Erbliche Belastung durch Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie in 83 Fällen (54 m. 29 w.), durch Alkoholismus der Eltern in 30 Fällen. Laut Gerichtsbeschluß zur Begutachtung eingewiesen 7, davon geisteskrank oder minderwertig 5. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 82 M. 9 Fr. Entlassen genesen 12 (6 M. 6 Fr.), gebessert 43 (28 M. 15 Fr.), ungebessert 34 (26 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 4 M. Gestorben 45 (26 M. 19 Fr.), davon an Altersschwäche 6 (1 M. 1 Fr.), Paralyse 20 (15 M. 5 Fr.), Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Nierenerkrankung je 3, Arterienverkalkung und Herzklappenerkrankung 4, Tuberkulose 6. Häufigkeit der Todesfälle erklärlich durch Einlieferung vieler Hochbetagter mit seniler Geistesstörung und von Paralytikern im vorgeschrittenen Stadium. Tuberkulöse Erkrankungen ungünstig beeinflußt durch das herrschende rauhe Klima.

„Steinmühle" Obererlenbach (138): Seit Eröffnung i. J. 1907 sind verpflegt 106 Kn., davon entlassen 85. Anfangsbestand im Berichtsjahre 17 Kn. Zugang 40. Abgang 36. Bleibt Bestand 21. Alter der Zöglinge schwankt zwischen 14 u. 20 Jahren. In geschlossene Erziehungsanstalten kamen 7, Irrenanstalten 7, Idiotenanstalten 1. Arbeitslehrkolonie u. Beobachtungsanstalt auf Wohltätigkeitsgrundlage. Gesamtausgabe im Berichtsjahr 39 894,96 M., davon Gehälter und Löhne 10 199,56 M.

In den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz (124) war der Anfangsbestand insgesamt 7403 (3966 M. 3437 Fr.). Zugang 4351 (2433 M. 1918 Fr.). Abgang 4091 (2275 M. 1816 Fr.). Bleibt Bestand 7663 (4124 M. 3539 Fr.). Davon entfielen auf

Andernach: Anfangsbestand 570 (286 M. 284 Fr.). Zugang 329 (181 M. 148 Fr.). Abgang 358 (184 M. 174 Fr.). Bleibt Bestand 541 (283 M. 258 Fr.).

Bedburg-Hau: Anfangsbestand 1617 (926 M. 691 Fr.). Zugang 653 (359 M. 294 Fr.). Abgang 429 (285 M. 144 Fr.). Bleibt Bestand 1841 (1000 M. 841 Fr.).

Bonn: Anfangsbestand 903 (441 M. 462 Fr.). Zugang 789 (432 M. 357 Fr.). Abgang 782 (422 M. 360 Fr.). Bleibt Bestand 910 (451 M. 459 Fr.).

Düren: Anfangsbestand 668 (348 M. 320 Fr.). Zugang 267 (152 M. 115 Fr.). Abgang 229 (118 M. 111 Fr.). Bleibt Bestand 706 (382 M. 324 Fr.).

Galkhausen: Anfangsbestand 837 (412 M. 425 Fr.). Zugang 652 (332 M. 320 Fr.). Abgang 612 (318 M. 294 Fr.). Bleibt Bestand 877 (426 M. 451 Fr.).

Grafenberg: Anfangsbestand 914 (502 M. 412 Fr.). Zugang 785 (480 M. 305 Fr.). Abgang 817 (474 M. 343 Fr.). Bleibt Bestand 882 (508 M. 374 Fr.).

Johannistal: Anfangsbestand 1087 (606 M. 481 Fr.). Zugang 478 (264 M. 214 Fr.). Abgang 503 (256 M. 247 Fr.). Bleibt Bestand 1062 (614 M. 448 Fr.).

Merzig: Anfangsbestand 744 (382 M. 362 Fr.). Zugang 367 (202 M. 165 Fr.). Abgang 328 (185 M. 143 Fr.). Bleibt Bestand 783 (399 M. 384 Fr.).



Brauweiler: Anfangsbestand 63 M. Zugang 31. Abgang 33. Bleibt Bestand 61.

Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 2884 (1407 M. 1477 Fr.); an paralytischer Seelenstörung 373 (274 M. 99 Fr.); Seelenstörung mit Epilepsie 423 (282 M. 141 Fr.); Epilepsie 115 (72 M. 43 Fr.); Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 243 (116 M. 127 Fr.); Delirium potat. 199 (184 M. 15 Fr.); nicht geisteskrank 114 (98 M. 16 Fr.). Erbliche Belastung anzunehmen bei 1166 (580 M. 586 Fr.) = 26,8% der Aufnahmen (im Vorj. 25,2%); vorheriger Alkoholmißbrauch bei 408 (363 M. 45 Fr.) = 9,3% (im Vorj. 9,9%). Vor der Aufnahme mit dem Strafgesetz in Konflikt 613 (536 M. 77 Fr.) = 14% gegen 12,6% im Vorj. Aus Strafhaft unmittelbar eingeliefert i. J. 1906 = 247 P.; 1907 = 298 P.; 1908 = 300 P.; 1909 = 247 P.; 1910 = 191 P.; 1911 = 166 P.; 1912 = 223 P.; 1913 = 211 P. — Die drei Bewahrhäuser (166 Plätze) stets voll belegt. Geheilt oder gebessert entlassen in Andernach 12,5% der Verpflegten; 36,5% der Aufnahmen; Bedburg-Hau 8% bzw. 28,7%; Bonn 21,5% bzw. 46.8%; Düren 10% bezw. 28,5%; Galkhausen 21,3% bzw. 43,1%; Grafenberg 19,5% bzw. 46,3%; Johannistal 13,5% bzw. 30%; Merzig 12,1% bzw. 33%; Brauweiler 12,7% bzw. 33%. Ungeheilt an andere Provinzialanstalten überwiesen 326 Kr., nach Privatirrenanstalten 439 Kr. Gestorben insgesamt 853 (494 M. 359 Fr.), hiervon im Verhältnis zu den Verpflegten in Andernach 9,2%; Bedburg-Hau 5,5%; Bonn 8,8%; Düren 6,6%; Galkhausen 10.2%; Grafenberg 7,5%; Johannistal 6%; Merzig 5,4%. Das Plus an Todesfällen gegen das Vorjahr beträgt 0,4% (7% des Gesamtverpflegtenbestandes gegen 6,6% im Vorjahre). Von den Verstorbenen hatten an progressiver Paralyse gelitten 22,1% (29,3% M. 12,8% Fr.) = 3,5% weniger Paralytiker als im Vorjahre. Größter Prozentsatz an Todesfällen Galkhausen, dort 27% infolge Paralyse. Unter den insgesamt Verpflegten litten an Tuberkulose 134 (68 M. 66 Fr.) = 1,5% (1,8% M. 1,3% Fr.) gegen 1,1% (1,1% M. 1,1% Fr.) im Vorjahre. Höchster Prozentsatz Andernach mit 4,2%, geringster Galkhausen = 0,3% (0,5% im Vorjahre). Von den Tuberkulösen und Tuberkuloseverdächtigen (insgesamt 195, 91 M. 104 Fr.) starben 78 (38 M. 40 Fr.) = 0,9% (0,9 M. 0,8 Fr.) der Verpflegten. Sterbequote gestiegen um 0,4%; im einzelnen: Tuberkulosetodesfälle in Andernach 8,4%; Bedburg-Hau 19%; Bonn 4,7%; Düren 22,58%; Galkhausen 0,7%; Grafenberg 4,72%; Johannistal 9,6%, Merzig 16,6%. Erysipel in Andernach mit 7, Bedburg-Hau 10, Bonn 13, Düren 4, Galkhausen 18, Grafenberg 1, Johannistal 11, Merzig 1 Fällen; 4 tödlicher Verlauf. Typhus in Bonn, Düren und Merzig sporadisch. Typhusbazillenträger nur noch in Merzig (2 M. 5 Fr.). Ruhr in Bedburg-Hau 10 Kr.; 6 Fälle letal (marastisch Senile, Paralytiker); Düren 6 Neuerkrankungen, am Schluß des Berichtsjahres noch isoliert 32 M. 18 Fr. — Beschäftigt durchschnittlich in Andernach 53,5%; Bedburg-Hau 61,5%; Bonn 55,8%; Düren 56%; Galkhausen 61,7%; Grafenberg 51%; Johannistal 67,5%; Merzig 52,5%; Brauweiler 69%. — Durchschnittskosten pro Tag und Kranken 1,93 M. gegen 1,94 M. im Vorjahre. Gesamtausgabe: 5 433 146,03 M., davon an den Baufonds 114 681,53 M.

Tannenhof (144): Zugang 181 (110 M. 71 Fr.) = 36% des Durchschnitts-



bestandes. Abgang 167 (94 M. 73 Fr.). Erkrankungen der Ausgeschiedenen: einfache Seelenstörung bei 122 (63 M. 59 Fr.), Paralyse 15 (13 M. 2 Fr.); Lues cerebrospinalis 3 M.; Imbezillität 2 Fr.; Epilepsie mit Seelenstörung 4 (2 M. 2 Fr.); Alkoholismus 5 (3 M. 2 Fr.); Morphinismus 1 M.; Neurasthenie 6 (4 M. 2 Fr.); Hysterie 4 (2 M. 2 Fr.); arteriosklerose. Hirndegeneration 1 M.; Zyklothymie 2 (1 M. 1 Fr.); Delirium tremens 1 M., Hyperthymie bei Basedow 1 Fr. Entlassen genesen 10 (5 M. 5 Fr.), gebessert 68 (34 M. 34 Fr.), ungeheilt 47 (32 M. 15 Fr.); nicht geisteskrank 3 M. Gestorben 39 (20 M. 19 Fr.), davon infolge Tuberkulose 6 (über 15 %, außerdem noch 5 Tuberkuloseerkrankungen); Paralyse 7. Gesamtausgabe 590 913,08 M.

Gehlsheim (84): Anfangsbestand 349 (191 M. 158 Fr.). Zugang 203 (111 M. 92 Fr.). Abgang 205 (117 M. 88 Fr.). Bleibt Bestand 347 (185 M. 162 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 153 (74 M. 79 Fr.); paralytischer Seelenstörung 9 (7 M. 2 Fr.); Seelenstörung mit Epilepsie 12 (7 M. 5 Fr.), Idiotismus, Kretinismus 7 (5 M. 2 Fr.), Delir. potator. 6 M.; nicht geisteskrank 16 (12 M. 4 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 38 (15 M. 23 Fr.), 2—3 Monate 17 (8 M. 9 Fr.), 4—6 Monate 17 (6 M. 11 Fr.), 7—12 Monate 16 (7 M. 9 Fr.), im 2. Jahre 16 (8 M. 8 Fr.), über 2 Jahre 71 (44 M. 27 Fr.), unbekannt 6 (5 M. 1 Fr.). Erste Aufnahmen erblich veranlagt direkt von den Eltern 18 (8 M. 10 Fr.), darunter Trunksucht 1 M. 2 Fr., Familienanlage 48 (21 M. 27 Fr.). Verhältnis zwischen Genesung und Erblichkeit = 12,8 % der Aufnahmen. Zur Beobachtung zugeführt 9 M., davon „nicht geisteskrank" 1 M. Entlassen genesen 26 (15 M. 11 Fr.), gebessert 61 (29 M. 32 Fr.), ungeheilt 62 (34 M. 28 Fr.). Gestorben 41 (27 M. 14 Fr.), davon im Delir. pot. 1 M., nicht geisteskrank 1 Fr., infolge nervöser Erschöpfung vom Gehirn aus, im akuten Verlauf 1 M., im chron. Verlauf (Marasmus) 12 (10 M. 2 Fr.); Sterbefälle an Tuberkulose 5 (3 M. 2 Fr.) = 12,2 % aller Sterbefälle. Gesamttodesfälle 20 % des Gesamtabgangs, 11,9 % des Durchschnittsbestandes. Gesamtausgabe: 292 393,87 M.

Sachsenberg (131): Anfangsbestand 584 (292 M. 292 Fr.). Zugang 159 (76 M. 83 Fr.). Abgang 142 (76 M. 66 Fr.). Bleibt Bestand 601 (292 M. 309 Fr.), vermehrt gegen das Vorjahr um 17 Fr. Krankheitsformen der Aufgenommenen: einfache Seelenstörung bei 132 (58 M. 74 Fr.), paralytische Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 7 (6 M. 1 Fr.), Idiotismus, Kretinismus 7 (1 M. 6 Fr.); nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 34 (14 M. 20 Fr.), 2—3 Monate 15 (6 M. 9 Fr.), 4—6 Monate 8 (5 M. 3 Fr.), 7—12 Monate 14 (3 M. 11 Fr.), im 2. Jahre 5 Fr., über 2 Jahre 63 (33 M. 30 Fr.), unbekannt 14 (10 M. 4 Fr.). Erblich belastet 58 (22 M. 36 Fr.). Zur Beobachtung 11 M. 1 Fr., davon geisteskrank 6 M. Entlassen genesen 13 (8 M. 5 Fr.) = 8,5 % der Aufnahmen, gebessert 32 (16 M. 16 Fr.), ungeheilt 31 (19 M. 12 Fr.), in andere Anstalten 2 M. Gestorben 58 (26 M. 32 Fr.) = 40,85 % des Gesamtabgangs, 9,83 % des Durchschnittsbestandes, davon an Lungen- und Darmtuberkulose 3, Karzinom 2; infolge nervöser Erschöpfung vom Gehirn aus in akutem Verlauf 6, im chronischen Verlauf 24. Gesamtausgabe 454 099,29 M.



Lewenberg (106): Anfangsbestand 255 (142 m. 113 w.). Zugang 27 (18 m. 9 w.). Abgang 16 (9 m. 7 w.). Bleibt Bestand 260 (147 m. 113 w.). Unter den Aufgenommenen Skrofulose bei 14, Rachitis 13, Epilepsie und Krampfanfälle 9. Myxödem, Mongolismus, Littlesche Krankheit je 1, Mikro- und Hydrozephalus je 3, Porenzephalie 3, motorische Aphasie 2, Lähmungen und erhebliche Kontrakturen 5, Scapula scaphoidea 13. Erbliche Anlage vom Vater bei 5, von der Mutter 3. beiden Eltern 1, weitere familiäre Anlage 9. Dauer des Aufenthalts 1—7 Jahre bei 73,50% des Bestandes, 8—10 Jahre 5,75%, 10—39 Jahre 20,69%. Entlassen gebessert 7 (4 m. 3 w.) = 2,48% der Verpflegten, nicht gebessert 9 = 2,2%. Gestorben 6 (4 m. 2 w.) = 2,13% der Verpflegten, davon 3 an Tuberkulose. Luminal bei Epilepsie mit recht gutem Erfolg. Schulbesuch 29,62% des Bestandes, unterrichtet überhaupt 34,62%. Beschäftigung in Werkstätten 18 ältere m., in Haus, Hof, Garten und Landwirtschaft 20 m. 29 w.

Strelitz, Alt- (142): Anfangsbestand 197 (94 M. 103 Fr.). Zugang 142 (74 M. 68 Fr.). Abgang 127 (56 M. 62 Fr.). Bleibt Bestand 221 (112 M. 109 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 86 (35 M. 51 Fr.), paralytischer 6 M., an Imbezillität, Idiotie 15 (11 M. 4 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 14 (9 M. 5 Fr.), Alkoholismus 11 (8 M. 3 Fr.); andere Krankheiten des Nervensystems 9 (4 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 22 (6 M. 16 Fr.), 2—3 Monate 15 (5 M. 10 Fr.), 4—6 Monate 12 (7 M. 5 Fr.), 7—12 Monate 9 (5 M. 4 Fr.), bis 2 Jahre 7 (5 M. 2 Fr.). über 2 Jahre 70 (42 M. 28 Fr.); unbekannte Dauer 6 (3 M. 3 Fr.). Erblichkeit bei 70 (34 M. 36 Fr.). Familienmitglieder disponiert zu Trunksucht bei 26. Zur Beobachtung in Strafsachen 3 überwiesen. Entlassen genesen 11 (4 M. 7 Fr.), gebessert 40 (24 M. 16 Fr.), ungeheilt 24 (11 M. 13 Fr.). Gestorben 42 (16 M. 26 Fr.), davon an Altersschwäche 8, Entkräftung 16, Schlaganfall 5, Status epilepticus 2, Lungenentzündung 2, Lungentuberkulose 2. Gesamtausgabe 163 120,76 Mark.

Friedrichsberg (88): Anfangsbestand 1310 (708 m. 602 w.). Zugang 1163 (660 m. 503 w.). Abgang 1230 (709 m. 521 w.). Bleibt Bestand 1274 (671 m. 603 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 606 (264 m. 342 w.), paralytischer Seelenstörung 193 (153 m. 40 w.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 80 (53 m. 27 w.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 68 (38 m. 30 w.), Hysterie 22 (9 m. 13 w.), Neurasthenie 1 m., Chorea 2 (1 m. 1 w.), Tabes 2 m., an andern Krankheiten des Nervensystems 80 (49 m. 31 w.), Alkoholismus 101 (83 m. 18 w.), Morphinismus und dergl. 6 m., an andern Krankheiten 2 (1 m. 1 w.); nicht geisteskrank 8 m. Zur Beobachtung gerichtsseitig überwiesen 20 M. 1 Fr. Erblichkeit bei 151 (36 m. 115 w.), trunksüchtig unter ihnen 42 (38 m. 4 w.), dazu die an Alkoholismus erkrankten 101. Entlassen geheilt 46 (18 m. 28 w.), 1912: 56, gebessert 406 (208 m. 198 w.), 1912: 353, ungeheilt 595 (374 m. 221 m.), davon verlegt nach Langenhorn 304 (251 m. 153 w.), im Vorjahre ungeheilt entlassen 621. Gestorben sind 183 (109 m. 74 w.), im Vorjahre 201. Todesursachen der im Berichtsjahre Verstorbenen Paralyse bei 53, sonstige Gehirnkrankheiten 28, Krankheiten des Herzens 27, der Lunge 37, sonstige Ursachen 38. In Friedrichsberg



in den Jahren 1907—1913 behandelt und gestorben: 1907 = 2448 : 177; 1908 = 2386 : 185; 1909 = 2507 : 206; 1910 = 2643 : 178; 1911 = 2538 : 221; 1912 = 2564 : 201; 1913 = 2482 : 183.

Langenhorn (88): Anfangsbestand 1653 Kr. Zugang 437. Entlassen 157. Gestorben 100 (73 m. 27 w.). Bleibt Bestand 1809 (959 m. 850 w.). In Langenhorn in den Jahren 1907—1913 behandelt und gestorben: 1907 = 939 : 27; 1908 = 1147 : 44; 1909 = 1367 : 68; 1910 = 1481 : 63; 1911 = 1635 : 63; 1912 = 1901 : 78; 1913 = 2090 : 100.

Alsterdorfer Anstalten (64): Anfangsbestand 922 (527 m. 395 w.). Zugang 130 (83 m. 47 w.), davon unter 16 Jahren 101 (68 m. 33 w.). Abgang 92 (61 m. 31 w.). Bleibt Bestand 960 (519 m. 411 w.). Vom Zugang litten an paralytischer Seelenstörung 1 w., Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 103 (63 m. 40 w.), Epilepsie mit Seelenstörung 26 (20 m. 6 w.). Teils ambulant behandelt, teils aufgenommen wurden 2219 Fälle (1912: 2045 Fälle), darunter litten an Infektionskrankheiten 168 (1912: 364), Psychosen, Epilepsie 98 (1912: 78), Tuberkulose 15 (1912: 29), Nerven- und Gehirnleiden 4 (1912: 8), Lues congenita 9 (1912: 8), Kretinismus 4 (1912: —), Muskel-, Knochen-, Gelenkleiden 35 (1912: 22); zur Beobachtung aufgenommen 20 (1912: 6). — In andere Anstalten überführt 17, in Stellung oder Lehre gegangen 5. Gestorben 37, davon infolge Tuberkulose 10, Psychosen, Epilepsie 9, Nerven- und Gehirnleiden 3. — Schulbesuch 112 K. Laufende Ausgaben: ca. 500 000 M.; Neu- und Umbauten (Schule) 120 000 M.

Ellen (78): Anfangsbestand 608 (322 M. 286 Fr.). Zugang 509 (319 M. 190 Fr.). Abgang 484 (305 M. 179 Fr.). Bleibt Bestand 633 (336 M. 297 Fr.), davon in Familienpflege 152 (76 M. 76 Fr.). Vom Zugang litten an Schizophrenie 164 (101 M. 63 Fr.), Paranoia 4 (3 M. 1 Fr.), Querulantenwahn 2 M., manisch-depressives Irresein 84 (27 M. 57 Fr.), Imbezillität 15 (10 M. 5 Fr.), Idiotie 2 M., apoplekt. Irresein 7 (4 M. 3 Fr.), Dementia senilis 26 (12 M. 14 Fr.), Tumor cerebri 2 Fr., multiple Sklerose 3 (2 M. 1 Fr.), Myelitis, Myoklonie je 1 M., Syringomyelie 1 Fr., Lues cerebri 3 (2 M. 1 Fr.), Paralyse 37 (27 M. 10 Fr.), Tabes, Tabesparalyse 6 M., konstitut. Psychopathie 33 (18 M. 15 Fr.), moralische Idiotie 7 M., Epilepsie 21 (17 M. 4 Fr.), Alkoholpsychosen 55 (46 M. 9 Fr.), darunter chron. Alkoholismus bei 38 (30 M. 8 Fr.), Basedow, Morphinismus je 1 M.; Simulation 2 M.; nicht geisteskrank 1 M. Zur Beobachtung aufgenommen 21. Geheilt entlassen 9,5 % des Gesamtbestandes, gebessert 41,73 %, ungeheilt entlassen 28,92 %. Gestorben 73 (48 M. 25 Fr.) = 15,08 % des Gesamtbestandes. Unter den Todesursachen Paralyse bei 14 M. 3 Fr., Lungentuberkulose bei 2 M. 3 Fr. Beschäftigt 53 % M., 40,3 % Fr. vom Durchschnittsbestand.

Rockwinkel (126): Anfangsbestand 32 (17 M. 15 Fr.). Zugang 78 (34 M. 44 Fr.). Abgang 75 (37 M. 38 Fr.). Bleibt Bestand 35 (14 M. 21 Fr.). Vom Zugang litten an Dementia praecox 7 M. 5 Fr., manisch-depressivem Irresein 1 M. 5 Fr., Melancholie 4 M. 9 Fr., Paranoia 1 M. 3 Fr., Puerperalpsychose 3 Fr., Amentia 2 Fr., Hysterie 7 Fr., Neurasthenie 5 M. 2 Fr., Morphinismus 2 M., Alkoholismus 1 M., Dementia senilis 2 Fr., Paralyse 3 M., Arteriosklerose, Apoplexie mit Seelenstörung, Lues cerebri, Taboparalyse je 1 M., Epilepsie 1 Fr., traumatische Neurose,



Uraemia chron. je 1 M., Imbezillität 1 M. 1 Fr., Degeneratio 2 M.; nicht krank 1 M. 4 Fr. Entlassen geheilt 22, gebessert 21, ungeheilt 25. Gestorben 7, unter diesen ein 80jähriger nach 59jährigem Aufenthalt in der Anstalt. Aus der Statistik der letzten 20 Jahre (progressives Anwachsen des Bestandes): Anfangsbestand i. J. 1894 = 16, Zugang 15, Abgang 11, Verpflegungstage 6570, Schlußbestand 20. 1912 = Anfangsbestand 22. Zugang 59. Abgang 49. Verpflegungstage 9515. Schlußbestand 32. 1913 = Anfangsbestand 32. Zugang 78. Abgang 75. Verpflegungstage 11 448. Schlußbestand 35.

Strecknitz (141): Anfangsbestand 314 (170 M. 144 Fr.). Zugang 123 (58 M. 65 Fr.). Abgang 117 (62 M. 55 Fr.). Bleibt Bestand 320 (166 M. 154 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 94 (37 M. 57 Fr.), paralytischer 5 (4 M. 1 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 4 (2 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 15 (11 M. 4 Fr.), Delirium pot. 1 M.; nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung vom Zugang 24,39 %, vom Bestand 57,96 %. Entlassen geheilt 22 (11 M. 11 Fr.), gebessert 29 (14 M. 15 Fr.). ungeheilt 37 (18 M. 19 Fr.); als nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.). Gestorben 24 (15 M. 9 Fr.).

Roda, Genesungshaus (127), Abt. für Geisteskranke: Anfangsbestand 442 (242 m. 200 w.). Zugang 187 (98 m. 89 w.). Abgang 170 (97 m. 73 w.). Bleibt Bestand 459 (243 m. 216 w.), davon in Familienpflege 34 (17 m. 17 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 136 (69 m. 67 w.), paralytischer 20 (14 m. 6 w.), Imbezillität, Idiotie 10 (4 m. 6 w.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 9 (4 m. 5 w.), Hysterie 9 (4 m. 5 w.), Alkoholismus 3 M. Erblichkeit nachgewiesen bei 106 (57 m. 49 w.), Alkoholmißbrauch 16 (13 m. 3 w.). Sonstige Krankheitsursachen: somatische Affektionen ,angeboren bei 10, erblich, familiär 29; sonstig 54; psychische Affektionen bei 11, Rückfall 24, Wiederaufnahme Ungeheilter 24, nicht zu ermitteln bei 35. Entlassen geheilt 35 (17 m. 18 w.), gebessert 64 (35 m. 29 w.), ungeheilt 22 (16 m. 6 w.). Gestorben 49 (29 m. 20 w.), davon an Pneumonie 14, Tuberkulose 7, Marasmus 11, Herzschwäche 4, Anämie, Bauchfellentzündung, Karzinom je 1, Sepsis 3, Hirnblutung, Hirnhautentzündung, im epilept. Anfall je 2, Strangulation 1.

Roda, Martinshaus (128), Idiotenanstalt: Anfangsbestand 87 (49 m. 38 w.). Zugang 26 (15 m. 11 w.). Abgang 18 (10 m. 8 w.). Bleibt Bestand 95 (54 m. 41 w.). Von den verpflegten 113 Id. waren behaftet mit Epilepsie (allein) 20 (14 Kn. 6 Md.), Chorea 4 Kn., Lähmungen der Hirnnerven 14 (8 Kn. 6 Md.), der Gliedmaßen 8 (2 Kn. 6 Md.), mit Epilepsie und Lähmungen 2 (1 Kn. 1 Md.). Bei den Eltern bzw. nächsten Verwandten lagen vor Geistes- und Nervenkrankheiten bei 53 (33 m. 20 w.), Alkoholismus 21 (10 m. 11 w.), Syphilis 5 (2 m. 3 w.), Tuberkulose bei 10 (6 m. 4 w.). Die Schule besuchten mit Erfolg 60 (33 Kn. 27 Md.). Entlassen sind 16 (9 m. 7 w.). Gestorben an Diphtherie und Entkräftung je 1.

Lindenhaus-Lemgo (107): Anfangsbestand 383 (186 M. 194 Fr.). Zugang 188 (103 M. 85 Fr.). Abgang 187 (96 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 381 (193 M. 188 Fr.). Von den 568 Verpflegten (50,9 % M. 49,1 % Fr.) litten an einfacher Seelenstörung 407 (193 M. 214 Fr.); Seelenstörung durch Syphilis 13



(10 M. 3 Fr.); Imbezillität, Idiotie 50 (22 M. 28 Fr.); Epilepsie 66 (38 M. 28 Fr.); Alkoholismus 21 M.; Hysterie 2 Fr.; Neurasthenie 2 M.; Morphinismus 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Jahr bei 5,6%, 1—2 Jahre 20,1%, 2—4 Jahre 7,9%, 4—6 Jahre 12,3%, 6—8 Jahre 8,5%, 8—10 Jahre 7,8%, mehr als 10 Jahre 26,2%, unbekannte Zeit 11,4%. Zur Geisteskrankheit veranlagt durch Trunksucht 22%, Syphilis 4,4%, Tuberkulose 8,8%. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 14,6%; als Trinker bekannt 13,5% (65 M. 12 Fr.); zur Beobachtung überwiesen gerichtsseitig 3 M. 2 Fr. Beurlaubt und entlassen 146, davon erwerbsfähig 13,7%, gebessert und arbeitsfähig 24%, ungeheilt 62,3%. Gestorben 36 = 6,3% im Durchschnittsalter von 52 Jahren, davon infolge Tuberkulose 9. Nutzbringend beschäftigt 65,3%, 64,9% Fr. (im Vorjahre 62,3% und 63,5%). Gesamtausgabe der Hauptanstalt: 287 277,08 M.

„Zum guten Hirten", Wernigerode-Hasserode (150): Zugang 12 Pfl., gestorben 4. Bestand des Jahresdurchschnitts 33 Pfl. Schulunterricht besuchten 8, in Haus, Hof und Gartenwirtschaft beschäftigt 12, nicht beschäftigungsfähig 12.

Wehnen (148): Anfangsbestand 317 (171 M. 146 Fr.). Zugang 113 (57 M. 56 Fr.). Abgang 105 (51 M. 54 Fr.). Bleibt Bestand 325 (177 M. 148 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: Imbezillität 8 (6 M. 2 Fr.); Dementia paralytica 5 (3 M. 2 Fr.); Dem. arteriosclerotica 4 (2 M. 2 Fr.), alkoholistische Formen 4 M.; Epilepsie 7 (6 M. 1 Fr.); Hysterie 2 Fr.; Neurasthenie, toxisches Irresein je 1 M.; infektiöses Irresein 1 Fr.; Dementia praecox 36 (14 M. 22 Fr.); Paranoia 1 M. 1 Fr.; manisch-depressives Irresein 30 (10 M. 20 Fr.); seniles Irresein 5 (3 M. 2 Fr.); psychopathische Persönlichkeiten 6 (5 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Zur Beobachtung überwiesen, gerichtseitig 9, davon 8 nicht verantwortlich. Entlassen geheilt 23 (11 M. 12 Fr.), gebessert 21 (12 M. 9 Fr.), ungeheilt 24 (7 M. 17 Fr.). Gestorben 30 (18 M. 12 Fr.), davon an Lungenschwindsucht 3. Gesamtausgabe: 377 498,16 M.

Bergmannswohl (66): Anfangsbestand 55 (15 Beobachtungs-, 40 Behandlungsfälle). Zugang 1490 (1241 Beobachtungs-, 249 Behandlungsfälle). Abgang 1498 (1245 Beobachtungs-, 253 Behandlungsfälle). Bleibt Bestand 47 (11 bzw. 36 Fälle). Unter den beobachteten und behandelten Kranken wurden u. a. zur Diagnose gestellt Hysterie bei 302, Hypochondrie 11, Dementia paralytica 9, traumatica 11, hysterische Pseudodemenz 7, Dämmerzustand 1, senile Demenz 1, Dementia praecox 5, chronische Halluzinose, Geistesstörung je 1, melanchol. Depression 3, manisch-depressives Irresein 6, präseniler Depressionszustand 1, Debilitas 10, Imbezillität 12, psychopath. Minderwertigkeit, Simulation je 1, Delirium tremens 3, Alkoholismus chronicus 11, Epilepsie 43, Spätepilepsie und epil. Dämmerzustand je 1, Paralysis agitans 4, Gehirnarteriosklerose 4, Lues cerebrospinalis 7, Schreckneurose 21, Rentenkampf-Neurose 5 usw. — Neurosen nach Unfällen haben ein ganz überwiegendes Interesse. — Durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Kranken, Beobachtungs- und Behandlungsfälle zusammengerechnet = 12,7 Verpflegungstage; auf abgeschlossene Behandlungsfälle entfallen 42 Verpflegungstage (durchschnittlich). Tägliche Belegzahl, Jahresdurchschnitt 51,82.

Stephansfeld (137): Anfangsbestand 921 (411 M. 510 Fr.). Zugang 326





(174 M. 152 Fr.), darunter aus der Straßburger Klinik 133, aus andern Anstalten 22 und 15 aktive Militärpersonen. Abgang 291 (158 M. 133 Fr.). Bleibt Bestand 956 (427 M. 529 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 224 (108 M. 116 Fr.), paralytischer 25 (19 M. 6 Fr.), sonstigen organischen Psychosen 7 (3 M. 4 Fr.), Epilepsie und Hysterie 26 (16 M. 10 Fr.), Idiotie, Imbezillität 22 (10 M. 12 Fr.), Alkoholismus 15 (14 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung eingewiesen 12 (11 M. 1 Md.), darunter 3 Untersuchungsgefangene. Entlassen sind genesen 44 (20 M. 24 Fr.), gebessert 77 (43 M. 34 Fr.), ungeheilt 73 (47 M. 24 Fr.), davon andern Anstalten zugeführt 60 (42 M. 18 Fr.). Nach Ablauf der Beobachtung, nicht geisteskrank 12 (10 M. 2 Fr.). In Familienpflege blieben 2 P. Gestorben sind 85 (36 M. 49 Fr.) = 6,8% (5,4% im Vorjahre) der Verpflegten. Todesursachen: Marasmus bei 1 M., Inanition 1 Fr., Krebs 5 (1 M. 4 Fr.), Sepsis 3 Fr., Diabetes 1 M. 2 Fr., Tuberkulose 11 (6 M. 5 Fr.), Status epilepticus 1 Fr., organische Nervenkrankheiten 26 (14 M. 12 Fr.), Krankheiten der Atmungsorgane 16 (5 M. 11 Fr.), der Kreislauforgane 5 (3 M. 2 Fr.), Verdauungsorgane 6 (4 M. 2 Fr.), Urogenitalorgane 7 (2 M. 5 Fr.). Gesamtausgabe: 695 375,74 M.

Hördt (93): Anfangsbestand 469 (277 M. 192 Fr.). Zugang 85 (57 M. davon 12 für das feste Haus, 28 Fr.). Abgang 73 (49 M. 24 Fr.). Bleibt Bestand 482 (286 M. 196 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 67 (43 M. 24 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 4 M., Imbezillität, Idiotie 7 (4 M. 3 Fr.), Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), alkoholischer Geistesstörung 2 M. Klinische Krankheitsformen: Dementia praecox bzw. paranoides bei 46 (27 M. 19 Fr.), manisch-depressives Irresein 5 (1 M. 4 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 4 M., progressive Paralyse bzw. Taboparalyse 5 (4 M. 1 Fr.), chronische Alkoholhalluzinose, Korsakoffsche Psychose je 1 M., Haftpsychose 2 M., seniler Beeinträchtigungswahn 2 M. 1 Fr., Imbezillität 5 (3 M. 2 Fr.), Idiotie 1 M., Seelenstörung bei Huntingtonscher Chorea 1 M. 1 Fr., Psychopathie 7 M., Hypochondrie, Hysterie, Paranoia je 1 M. Entlassen gebessert 5 (4 M. 1 Fr.), ungeheilt 5 (4 M. 1 Fr.), davon 7 M. aus dem festen Hause. Zur Beobachtung auf Grund § 84 StPO. 2 M. und dem Gericht wieder übergeben. 2 Begutachtungen mit Vorliegen der Bedingungen § 1569 BGB. Beschäftigt zeitweise 56,7% der M., 39,8% der Fr. Gestorben 62 (40 M. 22 Fr.) = 11,17% der Verpflegten. Todesursachen: Arteriosklerose bei 2 M., Apoplexia cerebri 1 M. 1 Fr., Enzephalomalazie. Pachymeningitis je 1 Fr., paralytischer Anfall, Endokarditis, Embolie der Lungenarterie je 1 M., Marasmus paralyticus 2 M., Herzverfettung 1 Fr., Herzschwäche 10 (3 M. 7 Fr.), Nephritis, Lungengangrän je 1 M., Pneumonie 10 (8 M. 2 Fr.), Lungentuberkulose 18 (12 M. 6 Fr.), Enteritis 1 M. 1 Fr., Dysenterie, Perforationsperitonitis je 2 M., Cholelithiasis 1 M., Erysipel 1 Fr., Tod durch Erhängen 1 M. Erysipelerkrankungen bei 5 P. Gesamtausgabe: 252 087,19 M.

Rufach (130): Anfangsbestand 778 (343 M. 435 Fr.). Zugang 467 (226 M. 241 Fr.). Abgang 444 (205 M. 239 Fr.). Bleibt Bestand 801 (364 M. 437 Fr.). Vom Zugang litten an Amentia acuta 1 Fr.; alkoholischer Seelenstörung 37 (34 M. 3 Fr.), Dementia paralytica 25 (16 M. 9 Fr.), arterioskler. Seelenstörung 15 (9 M. 6 Fr.), Seelenstörung bei org. Gehirnerkrankungen 5 (3 M. 2 Fr.), Dementia senilis



35 (12 M. 23 Fr.), Dementia praecox 192 (95 M. 97 Fr.), Dementia paranoides 15 (8 M. 7 Fr.), präsenilem Beeinträchtigungswahn 7 (2 M. 5 Fr.), Melancholie 10 (1 M. 9 Fr.), manisch-depress. Irresein 64 (13 M. 51 Fr.), epilept. Seelenstörung 13 (4 M. 9 Fr.), hyster. Seelenstörung 4 Fr., choreat. Seelenstörung 1 Fr.; sonstige konstitut. degener. Störungen 34 (25 M. 9 Fr.), Imbezillität, Idiotie 8 (3 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. — Erbliche Belastung der Aufnahmen 50,4% M. 61,4% Fr.; Alkoholmißbrauch 37,6% M. 2% Fr.; eigentliche alkoholische Störungen brachten mit 1911: 28,4%, 1912: 28,1%, 1913 nur 8%. Entlassen nach abgeschlossener Beobachtung 18 (16 M. 2 Fr.), davon krank oder minder zurechnungsfähig 17; ins feste Haus nach Hördt verlegt 8. Entlassen bzw. beurlaubt gewesen 147 (76 M. 71 Fr.), erheblich gebessert 92 (36 M. 56 Fr.), ungeheilt in die Familie 39 (18 M. 21 Fr.), nach andern Anstalten verlegt 50 (11 M. 39 Fr.), entwicken 7 (5 M. 2 Fr.). Gestorben 91 (43 M. 48 Fr.) = 7,3% der Verpflegten (1912: 8,1%; 1911: 8,4%), davon eingegangen infolge Tuberkulose 16, Marasmus 16, akuter Herzschwäche 12, Gehirnleiden 12. Abnahme der Sterblichkeit unter den Paralytikern wahrscheinlich infolge der Nuklein-Hg- oder Nuklein-Enosolbehandlung, jedenfalls auffallend viel Remissionen infolge dieser Behandlung (vgl. Publik. Dr. *Hauber*). Gesamtausgabe 643 246,86 M.

Eglfing (77): Anfangsbestand 1103 (549 M. 554 Fr.). Zugang 517 (288 M. 229 Fr.). Abgang 442 (239 M. 203 Fr.). Bleibt Bestand 1178 (598 M. 580 Fr.), davon gehören 74,9% der Stadt München an.

> Am 1. Juli 1905 waren in der Anstalt München und in Gabersee 1505 (759 M. 746 Fr.) Kr.; damals wurde Eglfing eröffnet, und 14 Monate später (1. September 1906) war der Krankenstand für Eglfing 990 und für Gabersee 741 Kr. = total 1731 (888 M. 843 Fr.) entsprechend einer Zunahme von 15% in 14 Monaten = 12,86% berechnet auf 1 Jahr. In den Jahren 1907—1912 betrug die Zunahme in beiden Anstalten 4,8%, 4,13%, 5,85% und 3,43% = 4,61%. Nach Eröffnung von Haar stieg bis 31. Dezember 1913 die Gesamtbelegung (Eglfing, Gabersee, Haar) auf 2554 (1323 M. 1231 Fr.) Kr.; mit weiteren 14 Monaten also um 12,16% (277 Pflegl.) = 10,42%, berechnet auf das Jahr; dennoch aber Abnahme zu konstatieren gegen 1905 mit 12,86%.

Von den im Berichtsjahre in Eglfing Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 340 (154 M. 186 Fr.), paralytischer Seelenstörung 84 (61 M. 23 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 18 (13 M. 5 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 18 (11 M. 7 Fr.), Delirium potat. 52 (45 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.). Aus der Psychiatrischen Klinik München aufgenommen 215 (105 M. 110 Fr.); gerichtseitig eingewiesen aus München 7 (6 M. 1 Fr.), von auswärts 1 M.; 3 M. 1 Fr. als nicht geisteskrank begutachtet. 91,1% aller Aufnahmen aus München stammend. Entlassen genesen 20 (17 M. 3 Fr.), gebessert 178 (39 M. 85 Fr.), ungebessert 128 (62 M. 66 Fr.), davon nach andern Anstalten überführt 107 (51 M. 46 Fr.). Gestorben 111 (63 M. 48 Fr.) = 6,85% der Verpflegten, 9,8% des Durchschnittsbestandes (im Vorjahre 6,3% und 9,2%). Auf je 100 Paralytische des Durchschnitts-



bestandes 38,9, des Gesamtbestandes 26,7 Todesfälle (im Vorjahre 32,9 des Durchschn.-Best.), Nichtparalytische 5,7 (5,8) bzw. 4,4 %. Auf Tuberkulose treffen 15,3 % der Sterbefälle (20,6 % im Vorjahre). Gesamtausgabe: 1 397 351,19 M. inkl. 312 415,29 M. für gemeinsamen techn. Betrieb der Anstalten Haar und Eglfing.

Haar (86): Anfangsbestand 384 (197 M. 186 Fr. 1 K.). Zugang 421 (201 M. 153 Fr. 34 Kn. 33 Md.). Abgang 259 (127 M. 88 Fr. 20 Kn. 24 Md.). Bleibt Bestand 546 (271 M. 251 Fr. 15 Kn. 9 Md.). Knaben und Mädchen unter 15 Jahren fanden Aufnahme im Kinderhause. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 235 (105 m. 132 w.), paralytischer Seelenstörung 58 (42 m. 16 w.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 20 (14 m. 6 w.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 71 (41 m. 30 w.), Delir. potat. 35 (33 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. Zur Beobachtung eingeliefert 3 (2 M. 1 Fr.), 2 unter Schutz § 51 RStGB. gestellt. Entlassen genesen 8 (4 m. 4 w.), gebessert 95 (58 m. 37 w.), ungebessert 103 (54 m. 49 w.), davon nach andern Anstalten überführt 53 (19 M. 12 Fr. 31 Kinder). Gestorben 53 (21 M. 32 Fr.) = 6,6% des Gesamtbestandes (infolge des hohen Paralytikerstandes), Anteil der Paralytiker an den Todesfällen 64% (!), Tuberkulosesterblichkeit 13%. Gesamtbakteriologische Befunde an Ruhr (Typ *Flexner*) 2, Typ Y 5, Paratyphus B 13, Typhus 2; alles mit gutartigem Verlauf. Gesamtausgabe: 513 421,60 M.

Gabersee (83): Anfangsbestand 831 (443 M. 388 Fr.). Zugang 229 (114 M. 115 Fr.). Abgang 207 (103 M. 104 Fr.). Bleibt Bestand 853 (454 M. 399 Fr.). Von den Aufnahmen 46 aus der Psychiatr. Klinik München, 34 aus Eglfing, Haar und andern Anstalten, 6 aus Gefängnissen. 41% der M. und 36% Fr. gemäß Art. 80 II des Polizeistrafgesetzbuchs eingewiesen, 4 M. zur Beobachtung laut § 81 RStPO. Von 184 erstmals Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 77,7% (29,9% M. 47,8 % Fr.), paralytische Seelenstörung 6,5 % (4,3 % M. 2,2 % Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 3,3 % M., Imbezillität 3,3 % (2,7 % M. 0,6 % Fr.), Alkoholismus 7,6 % (7 % M. 0,6 % Fr.), darunter auch Morphinismus, nicht geisteskrank 3 = 1,6 %. Entlassen genesen 40 = 19,3 % (6,8 % M. 12,5 % Fr.), gebessert 84 = 40,6 % (19,8 % M. 20,8 % Fr.), ungeheilt 24 = 11,6 % (8,2 % M. 3,4 % Fr.), davon nach andern Anstalten überführt 9 M. 3 Fr. Gestorben 56 (28 M. 28 Fr.) = 6,7 % (im Vorjahre 9,8 %) des Durchschnittsbestandes, des Gesamtbestandes 5,3 % (im Vorjahre 7,6 %); Mortalität 1913 überhaupt die niedrigste seit mehr als 10 Jahren. Lungentuberkulosesterblichkeit 16 Fälle, Paralyse 23,2 %. Typhuserkrankungen 6 inkl. Pflegepersonal, letal 1. Typhusbazillenträgerinnen 1 Zugang zum Bestand (4) vom Jahre 1912. Gesamtausgabe: 702 746,75 M.

Kaufbeuren (97): A. Heilanstalt: Anfangsbestand 698 (352 M. 346 Fr.). Zugang 493 (250 M. 243 Fr.). Abgang mit Ausschluß von 12 Nichtgeisteskranken 388 (189 M. 199 Fr.). Bleibt Bestand 791 (401 M. 390 Fr.). Von den Aufnahmen litten an einfacher Seelenstörung 342 (144 M. 198 Fr.) = 69,3 %, paralytischer 39 (26 M. 13 Fr.) = 7,9 %, Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 39 (17 M. 22 Fr.) = 7,9 %, Imbezillität 26 (19 M. 7 Fr.) = 5,2 %, Alkoholismus 34 (31 M. 3 Fr.) = 6,9 %; nicht geisteskrank 13 = 2,6 %. Auf Grund § 81 StPO. zur Beobachtung 26 (24 M. 2 Fr.), davon 13 M. 1 Fr. geisteskrank. 3 M. aus Gefangenenanstalten auf-

genommen; als gemeingefährlich auf Grund Art. 80 Abs. II P StGB. eingewiesen 89 (67 M. 22 Fr.). Entlassen sind genesen 73 (29 M. 44 Fr.) = 18,8 % des Abgangs, gebessert 150 (77 M. 73 Fr.) = 38,6 %, ungeheilt 93 (50 M. 43 Fr.) = 24 %, davon 42 in andere Anstalten abgegeben. Zum Durchschnittsbestand (749,4 P.) genesen 9,7 %, gebessert 20 %, ungeheilt 12,4 %. Gestorben sind 72 (33 M. 39 Fr.) = 18,5 % des Abgangs, 9,6 % des Durchschnittsbestandes, davon 18 Paralytische = 25 % der Verstorbenen, an Tuberkulose 23,6 %. Typhus epidemisch vom Oktober bis Dezember, 2 Todesfälle, 9 Erkrankungsfälle auf 1 Bazillenträgerin zurückzuführen. Beschäftigt durchschnittlich 140 M. 120 Fr.

B. Pflegeanstalt Irsee: Anfangsbestand 269 (126 M. 143 Fr.). Zugang aus Kaufbeuren 22 (14 M. 8 Fr.). Abgang 21 (15 M. 6 Fr.). Bleibt Bestand 270 (125 M. 145 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 10 (7 M. 3 Fr.), paralytischer 5 (2 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie, Hysterie 1 M. 1 Fr., Imbezillität 5 (4 M. 1 Fr.). Gebessert entlassen 2 M. Gestorben 13 (9 M. 4 Fr.), davon litten an Paralyse 6 = 46 %, an Tuberkulose 1 = 7,7 %. Gesamtausgabe Kaufbeuren: 749 900,17; Irsee 238 498,45 M.

Lohr (110): Eröffnet November 1912. Bestand am 1. Januar 1913: 283 (162 M. 121 Fr.), Zugang 180 (95 M. 85 Fr.). Erster Gesamtbestand 463 (257 M. 206 Fr.), davon aus Werneck überführt 350 Kr. Abgang 67 (33 M. 34 Fr.). Bleibt Jahresschlußbestand 296 (224 M. 172 Fr.). Dauernd überwachungsbedürftig 25—28 %, pflegebedürftig, bettlägerig etwa 21 %. Verschwindend geringe Zahl von Alkoholkranken. Beschäftigte M. ca. 50 %, Fr. ca. 42 %. Vom Zugang erkrankt an einfacher Seelenstörung 160 (82 M. 78 Fr.), paralytischer 3 M. 3 Fr., Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie 9 (7 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 5 (3 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung gerichtseitig eingewiesen 3, davon 2 geisteskrank. Entlassen genesen 18 (10 M. 8 Fr.), gebessert 5 M. 5 Fr., ungebessert 12 (8 M. 4 Fr.). Gestorben 25 (10 M. 15 Fr.) = 5,4 % der Verpflegten, davon im paralytischen, epileptischen Anfall 3, an Marasmus 2, Krankheiten der Atmungsorgane 7, an Lungen- und Darmtuberkulose 10 = 40 % der Todesfälle (anderwärts 12 %!); hohe Tuberkulosesterblichkeit zurückzuführen auf von Werneck zahlreich übernommene Fälle von Tuberkulose, die auch dort enorm hohe Sterblichkeit verursacht. Gesamtausgabe: 337 964,80 M. Der Grundbesitz von Lohr betrug zu Beginn des Berichtsjahres 97 ha, davon Anstaltsterrain 18 ha. Bestellte Fläche im 1. Jahre 34 ha.

Bayreuth (65): Anfangsbestand 651 (361 M. 290 Fr.). Zugang 181 (89 M. 92 Fr.). Abgang 168 (83 M. 85 Fr.). Bleibt Bestand 664 (367 M. 297 Fr.). Von 179 neu aufgenommenen Kr. litten an einfacher Seelenstörung 129 (53 M. 76 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 10 (7 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 20 (9 M. 11 Fr.), Imbezillität 8 (6 M. 2 Fr.), Alkoholismus 12 M. Erblich belastet 38 M. 41 Fr. = 43,7 % M. 44,6 % Fr. = 44,1 % des Gesamtzugangs. Alkoholmißbrauch bei 12 M. = 6,6 % der Aufnahmen (13,8 % der männl. Aufn.). Zur Beobachtung gerichtseitig zugewiesen 6 M. 1 Fr., in 5 Fällen § 51 RStGB. zutreffend. Durch polizeilichen Beschluß auf Grund Art. 80 PStGB. eingewiesen 49 (26 M. 23 Fr.); Gesamtsumme der bis Jahresschluß so Eingewiesenen 231 (148 M. 83 Fr.). Entlassen genesen 14 (3 M. 11 Fr.)= 8,4 %, gebessert 61 (37 M. 24 Fr.) =



36,7 %, ungeheilt 36 (18 M. 18 Fr.) = 21,7 %, davon 11 M. 12 Fr. nach andern Anstalten überführt. Gestorben 55 (23 M. 32 Fr.) = 33,1 % des Abgangs, davon an Tuberkulose 5 M. 7 Fr. = 21,8 % gegen 18,6 % im Vorjahre. Durchschnittlicher Anstaltsaufenthalt der Verstorbenen 10 Jahre 10 Monate. Gesamtausgabe 539 514,46 M.

Kutzenberg (103): Anfangsbestand 1913: 281 (152 M. 129 Fr.). Zugang 131 (68 M. 63 Fr.). Abgang 139 (65 M. 74 Fr.). Bleibt Bestand 273 (155 M. 118 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 36,64 % M. 37,42 % Fr., paralytischer 5,34 %, M. 1,53 % Fr., Epilepsie, Hysteroepilepsie 3,05 % M. 6,1 % Fr., Imbezillität, Idiotie 3,82 % M. 0,76 % Fr., Delirium potat. 3,05 % M. 0,76 % Fr.; nicht geisteskrank 2 Fr. Als gemeingefährlich eingewiesen 18,32 % der Aufnahmen. Zur Beobachtung seitens Versicherungsanstalten und zur Durchführung des Heilverfahrens aufgenommen je 3 Kr. Entlassen genesen 27, gebessert 62, ungeheilt 10. Gestorben 40 = 9,7 % des Gesamtbestandes, darunter 5 Paralysen im Endstadium und 7 Altersschwäche. An Lungen- und Darmtuberkulose gestorben 5 = 12,5 % der Verstorbenen. An der Alkoholabstinenz wurde festgehalten. Beschäftigt vom Durchschnittsbestande (280) 70—80 M., 40—50 W. — Anbaufähige Fläche des Anstaltsgutes 76,66 ha. Gesamtausgabe: 252 393,02 M.

Homburg, Pfalz (94): Anfangsbestand 601 (291 M. 310 Fr.). Zugang 214 (137 M. 77 Fr.), davon aus Klingenmünster 26 M. Abgang 158 (87 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 657 (341 M. 316 Fr.). Unter dem Zugang Erstaufnahmen 72 M. 51 Fr. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 98 M. (71,5 %) 69 Fr. (89,6 %), Paralyse 11 M. (8 %) 1 Fr. (1,3 %), Seelenstörung mit Epilepsie 9 M. (6,6 % 5 Fr. (6,5 %), Imbezillität 7 M. (5,1 %) 2 Fr. (2,6 %), Delirium 4 M. (2,9 %); nicht geisteskrank 8 M. Zur Beobachtung gemäß § 81 StPO. aufgenommen 12 M., davon geisteskrank 3. Eingewiesen gemäß Art. 80 II P StGB. 27 (23 M. 4 Fr.). Von Entlassenen wieder aufgenommen 65 M. 26 Fr. Entlassen geheilt 10, gebessert 64, ungeheilt 33. Gestorben 51 = 6,2 % des Gesamtbestandes (M. 6,07 % Fr. 6.46 %), davon starben an Tuberkulose 6, Paralyse 5. Im Tuberkulosehaus verpflegt 12 M. 20—25 Fr. Erstmalig Typhusschutzimpfung vorgenommen an 7 Pflegern und 46 Kr. der Männerabt., 3 Pflegerinnen und 42 Kr. der Frauenabt. Eine Typhusbazillenträgerin inzwischen nach anderer Anstalt überführt, keine Typhuserkrankung. Arbeitsbeschäftigung mit täglich durchschnittlich 85 M. (im Vorjahre 65), 50—60 w. Kr.

Stetten (139): Gesamtzahl der Verpflegten 584 (362 m. 222 w.). Abt. für Schwachsinnige: Bestand 300 (209 m. 91 w.) mit Zugang von 37 (31 unter 16 Jahren). Erbliche Belastung des Zugangs bei rund 65 %, Trunksucht der Erzeuger 27 %; als sonstige Krankheitsursachen angegeben: englische Krankheit, Zahnkrämpfe, Hirnentzündung, Scharlach. Kein Schulbesuch möglich bei 29 % des Zugangs. Abgang 36 (25 m. 11 w.), davon gebessert 13. Gestorben 11, davon an Lungentuberkulose 4. — Abt. Epileptische: Bestand 279 (150 m. 129 w.). Zugang 57 (36 m. 21 w.), darunter unter 16 Jahren 25. Vom Zugang erblich belastet 54 %, Trunksucht der Erzeuger 16 %; als Krankheitsursache angegeben Kopfverletzung bei 12 %, Hirnentzündung 10 %, psychische Einflüsse 5 %, mehrere ursächliche Einflüsse bei 19 %.



Krankheitsdauer in 4 Fällen 1/2 Jahr, in 20 Fällen = 35 % 10 und mehr Jahre. Von 25 noch nicht 16jährigen bildungsfähig 8. Abgang 51 (28 m. 23 w.), davon gebessert 18. Gestorben 13 (7 m. 6 w.), davon 4 im Status epilepticus. — Versuche mit Sedobrol bei 12 w. Epileptischen ergaben günstige Erfolge. Besserung der Anfälle 81 %, der Schwindelanfälle 63 %. Durchforschung von 1500 Krankengeschichten ergab, daß 34 % aller Epilepsien auf die ersten 4 Lebensjahre entfallen. Gesamtausgabe: 379 567,46 M.

Mariaberg (111): Verpflegt wurden 184 Zöglinge m. u. w. in der Heilanstalt für Zöglinge von 16—18 Jahren, in der Bewahranstalt für Bildungsunfähige und in der Beschäftigungsabteilung für ältere Zögl. Gesamtausgabe 98 002,59 M., davon 22 509,37 M. Gehalt und Löhne.

In den niederösterreichischen Anstalten (117) „Am Steinhof", Mauer-Öhling, Ybbs, Klosterneuburg und Gugging mit der Landeskolonie Haschhof war im Berichtsjahre der Anfangsbestand 7440 (5733 Geisteskranke, 1707 Kolonisten bzw. Geistessieche). Zugang 3789 (3695 u. 94). Abgang 3532 (3234 u. 298). Bleibt Bestand 7697 (6194 u. 1503); mehr gegen das Vorjahr 257. Ende des Berichtsjahres vorhanden eine Überbelegung von 1711 P. gegen 1840 im Vorjahre und nach Abrechnung der außerhalb verpflegten Familienpfleglinge 1451 P. Unter den Aufnahmen der Geisteskranken litten an Dementia 25,33 % (im Vorjahre 23,31 %), Paralytiker waren 14,1 % (14,65 %), Alkoholiker 9,93 (13,32 %), an primärer Verrücktheit erkrankt 9,07 % (8,19 %), Amentia 7,5 % (6,93 %), Melancholie 6,74 % (4,95 %), Epileptiker 5,76 % (6,51 %), Imbezille 5,71 % (6,96 %); akut einsetzende Psychosen (Tollheit, Verwirrtheit, Selbstanklagewahn) mit 15,76 % (14,39 %). Paralyse hat ein um 0,55 % günstigeres Verhältnis als im Vorjahre; Zahl der Alkoholiker gegen das Vorjahr gesunken um 3,32 %. Unter den Aufnahmen der Kolonisten und Geistessichen Imbezille mit 37,23 %, Idioten 25,53 %, Epileptiker 22,34 %, sekundäre Dementia 11,72 %, Hysterie, Neurasthenie, Geistesstörung mit Herderkrankung mit je 1,06 %. Vom Gesamtverpflegungsbestand (9428 Kr.) geheilt entlassen 874 (573 M. 301 Fr.) = 9,26 % gegen 8,96 % im Vorjahre. Gesamtheilprozent um 0,3 % günstiger als im Vorjahre. Alkoholiker geheilt entlassen 34,89 %. — Gestorben an Geisteskrankheiten 797 (471 M. 326 Fr.) = 8,44 % der Verpflegten; von den Kolonisten und Geistessiechen 153 (92 M. 61 Fr.) = 8,5 %. Gesamtsterblichkeit 8,48 % des Gesamtverpflegtenbestandes (11 229 Pers.). An Paralyse starben von den verstorbenen Geisteskranken 36,89 %, von den Kolonisten und Siechen 33,99 %; infolge Tuberkulose starben 138 (63 M. 75 Fr.). Tuberkuloseerkrankungen 2,25 %. — In Familienpflege befanden sich zum Schluß des Jahres 260 gegen 258 im Vorjahre.

In den Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder waren untergebracht 752 (im Vorjahre 729); Zuwachs also 23. An Idiotie litten 15,52 %, an hochgradigem Schwachsinn 38,68 %, Schwachsinn mittleren Grades 39,31 % niederen Grades 6,49 %.

Niedernhart in Linz (116): Anfangsbestand 859 (387 M. 472 Fr.). Zugang 436 (224 M. 212 Fr.). Abgang 380 (202 M. 178 Fr.). Bleibt Bestand 915 (409 M. 506 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Erkrankungsursachen mit



übertragener organischer Anlage 98 (60 M. 38 Fr.), Gehirnanomalien 3 (2 M. 1 Fr.), an erworbenen Ursachen aus der Entwicklungszeit 17 (12 M. 5 Fr.), spätere Ursachen, darunter Affekte 23 (6 M. 17 Fr.), Syphilis 41 (32 M. 9 Fr.), Kopftrauma 11 (10 M. 1 Fr.), Involution 17 (6 M. 11 Fr.), Alkoholmißbrauch 25 (24 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung durch Geisteskrankheit von Vater- und Mutterseite bei 66 (29 M. 37 Fr.), durch Trunksucht bei 23 (12 M. 11 Fr.). Aus Strafanstalten aufgenommen 29. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 89 (42 M. 47 Fr.), 2 Monate 41 (17 M. 24 Fr.), 3 Monate 43 (17 M. 26 Fr.), 6 Monate 39 (27 M. 12 Fr.), 1 Jahr 54 (31 M. 23 Fr.), 2 Jahre 35 (20 M. 15 Fr.), mehr als 2 Jahre 129 (65 M. 64 Fr.). Entlassen geheilt 51 (17 M. 34 Fr.), nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.), in andere Anstalten abgegeben 17 (9 M. 8 Fr.), sonstige Entlassungen 208 (112 M. 96 Fr.). Gestorben 104 (64 M. 40 Fr.), darunter infolge Paralyse 32 (26 M. 6 Fr.), Epilepsie 6 (5 M. 1 Fr.), Degeneratio cordis 18 (11 M. 7 Fr.), Lungenschwindsucht 16 (5 M. 11 Fr.). Gesamtausgabe: 701 468,65 K.

Kremsier (100): Anfangsbestand 1192 (675 M. 517 Fr.). Zugang 729 (401 M. 328 Fr.). Abgang 562 (313 M. 249 Fr.). Bleibt Bestand 1359 (763 M. 596 Fr.). (Aus andern Anstalten eingeliefert 233 Kr., nach solchen verbracht 3 Fr.) Vom Zugang litten an Idiotie 19 (14 M. 5 Fr.), Imbezillität 36 (32 M. 4 Fr.), Melancholie 24 (7 M. 17 Fr.), Manie 11 (5 M. 6 Fr.), Amentia 110 (33 M. 77 Fr.), Paranoia 34 (17 M. 17 Fr.), Psychosis periodica 28 (4 M. 24 Fr.), Dementia 198 (98 M. 100 Fr.), Paralysis progressiva 51 (37 M. 14 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 61 (27 M. 34 Fr.), Hysterie 12 (4 M. 8 Fr.), Neurasthenie 20 (11 M. 9 Fr.), Psychosis u. Cerebropathia circumscripta 15 (14 M. 1 Fr.), Alkoholismus 98 (87 M. 11 Fr.); zur Beobachtung 12 (11 M. 1 Fr.). Aus Straf-Untersuchungs- und Korrektionshaft aufgenommen 26 M. 3 Fr. Erblich belastet vom Zugang 438 (264 M. 174 Fr.), durch Trunksucht des Vaters 192 (120 M. 72 Fr.), der Mutter 27 (15 M. 12 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 146 (130 M. 16 Fr.). Erkrankung vor der Aufnahme bis zu 14 Tagen bei 192 (116 M. 76 Fr.), bis 1 Monat 59 (26 M. 33 Fr.) bis 3 Monate 77 (44 M. 33 Fr.), 6 Monate 47 (23 M. 24 Fr.), bis zu 1 Jahr 53 (26 M. 27 Fr.), 2 Jahren 39 (16 M. 23 Fr.), über 2 Jahre 262 (150 M. 112 Fr.). Geheilt entlassen 6,76% des Gesamtbestandes. Gestorben 220 (123 M. 97 Fr.) = 11,45% des Gesamtbestandes, davon 7 M. in der 1. Woche des Anstaltsaufenthaltes, an Lungenschwindsucht 63 (26 M. 37 Fr.), Marasmus 40 (18 M. 22 Fr.), im epileptischen Anfall 40 (18 M. 22 Fr.), an Gehirnkrankheiten 53 (40 M. 13 Fr.).

Feldhof zu Graz (80): Anfangsbestand 1912: 1735 (853 M. 882 Fr.). Zugang 651 (321 M. 330 Fr.). Abgang 678 (344 M. 334 Fr.) Bleibt Bestand für 1913: 1708 (830 M. 878 Fr.). Zugang 1913: 723 (381 M. 342 Fr.). Abgang 682 (353 M. 329 Fr.). Schlußbestand 1749 (858 M. 891 Fr.). Vom Zugang 1912 litten an angeborenen Psychosen 41 (19 M. 26 Fr.), an einfacher Geistesstörung 381 (176 M. 203 Fr.), an komplizierter 175 (85 M. 90 Fr.), darunter progressive Paralyse bei 99 (63 M. 36 Fr.), Epilepsie 28 (13 M. 15 Fr.), an Alkoholismus 31 (27 M. 4 Fr.); ohne Geistesstörung und zur Beobachtung je 1 Fr.; aus andern Anstalten kamen 23 (10 M. 13 Fr.), aus Straf- und Untersuchungshaft 22 (18 M. 4 Fr.). Erbliche Belastung bei 46,42% M. und 53,64% Fr. der Aufnahmen. Alkoholmißbrauch bei



71, Trunksucht in der Aszendenz bei 102, ätiologisches Moment des Alkohols überhaupt bei 26,57 %; Syphilis bei 73,85 % der paralytischen M. u. 22,22 % Fr. Entlassen als genesen 45 (14 M. 31 Fr.), gebessert 203 (113 M. 90 Fr.) = 38,09 % der Gesamtaufnahmen, ungeheilt 148 (67 M. 81 Fr.), davon nach andern Anstalten 50 (24 M. 26 Fr.). Gestorben sind 282 (150 M. 132 Fr.) = 11,82 % der Verpflegten gegen 9,95 % u. 11 % in den beiden Vorjahren. Vom Zugang 1913 litten an Idiotie Imbezillität 45 (31 M. 15 Fr.), an einfachen Geistesstörungen 387 (169 M. 218 Fr.) komplizierten 204 (120 M. 84 Fr.), davon an Paralyse 110 (72 M. 38 Fr.), Epilepsie, 44 (31 M. 13 Fr.), an Alkoholismus 49 (44 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 2 Fr.; aus andern Anstalten kamen 36 (15 M. 21 Fr.), aus Straf- und Untersuchungshaft 24 (22 M. 2 Fr.). Erbliche Belastung unter den Neuaufnahmen bei M. 48,29 %, Fr. 55,26 %. Ind. Alkoholmißbrauch und Trunksucht in der Aszendenz ursächlich in 232 Fällen = 32,09 %, Syphilis ätiologisches Moment bei 91,03 % der paralytischen M., 30,76 % Fr. Entlassen genesen 5,67 % der Aufnahmen, genesen und gebessert 40,52 %, ungeheilt in andere Anstalten 29 (11 M. 18 Fr.), sonst ungeheilt entlassen 80 (43 M. 37 Fr.). Gestorben sind 280 (163 M. 117 Fr.) = 11,52 % der Verpflegten gegen 11 % und 11,82 % in den beiden Vorjahren. Tuberkulosesterblichkeit im Verhältnis zur Gesamtsterblichkeit 1912 = 28,37 %, 1913 = 30,36 % gegen 26,34 % und 26.71 % in den Jahren 1910, 1911. Typhus 1912 mit 14, 1913 mit 6 Fällen, davon letal 1912 = 6, 1913 = 3 (1911 = 36 Krankenfälle, 15 letal). Unter den Patienten einer Frauenabteilung 3 Bazillenausscheider und 5 agglutinante P. eruiert, dauernd im Isolierhause untergebracht. Selbstmorde 1912 = 3, 1913 = 2 Fälle. Hochgradige Überfüllung der Anstalt.

In Schwanberg Anfangsbestand 1912: 204 (104 M. 100 Fr.). Schlußbestand ult. 1913 = 206 (104 M. 102 Fr.). Davon behaftet mit Idiotie, Imbezillität 51 (21 M. 30 Fr.), Paranoia 61 (31 M. 30 Fr.), erworbenem Blödsinn 71 (40 M. 31 Fr.), Epilepsie 16 (7 M. 9 Fr.). Entlassen 4 bzw. 9, gestorben 1912 = 9 (2 M. 7 Fr.), 1913 = 18 (7 M. 11 Fr.), darunter Marasmus mit 3 und 5 Fällen, Tuberkulose 2 und 4. Gesamtaufwand für Feldhof 1912: 1 310 579,41 Kr., 1913: 1 273 302,47 Kr.

Hall (87): Anfangsbestand 1912: 592 (378 M. 214 Fr.). Zugang 381 (205 M. 176 Fr.). Abgang 357 (187 M. 170 Fr.). Bleibt Bestand für 1913: 616 (396 M. 220 Fr.); Zugang 1913: 354 (200 M. 154 Fr.). Abgang 343 (196 M. 147 Fr.). Bleibt Schlußbestand Ende 1913: 627 (400 M. 227 Fr.). Vom Zugang 1912 litten an Idiotie, Imbezillität 37 (24 M. 13 Fr.), an einfacher Geistesstörung 93 (25 M. 68 Fr.) an erworbenem Blödsinn 159 (90 M. 69 Fr.), Paralyse 22 (18 M. 4 Fr.), Epilepsie 19 (15 M. 4 Fr.), Hysterie und Neurasthenie 7 Fr., Alkoholismus 37 (31 M. 6 Fr.); vom Zugang 1913 an Idiotie, Imbezillität 26 (13 M. 13 Fr.), einfacher Geistesstörung 87 (43 M. 54 Fr.), erworbenem Blödsinn 139 (77 M. 62 Fr.), Paralyse 26 (17 M. 9 Fr.), Epilepsie 19 (14 M. 5 Fr.), Hysterie, Neurasthenie 18 (14 M. 4 Fr.), Alkoholismus 26 (20 M. 6 Fr.). Im Jahre 1912 kamen aus andern Anstalten 13, aus Haft 11; 1913: 13 bzw. 3. Erbliche Belastung im allgemeinen 1912 bei 94 (43 M. 51 Fr.), 1913 bei 76 (28 M. 48 Fr.); Alkohol ursächlich 1912 bei 72 (65 M. 7 Fr.), Syphilis 19 (14 M. 5 Fr.); 1913 bei 76 (70 M. 6 Fr.)



bzw. 28 (18 M. 10 Fr.). Alkohol als erblich belastendes Moment 1912 bei 11,1%, auslösendes Moment 18,4%, im ganzen unter Alkoholbeeinflussung 39,1% des Verpflegungsbestandes; 1913: 9,7%, 17,4% bzw. 38,2%. Das frühere Verhältnis der Paralytiker: 4%, und des Alkoholismus: 8% gegenüber der Verpflegungszahl hat sich nicht geändert. Entlassen geheilt 1912: 7 (5 M. 2 Fr.), gebessert und ungebessert 276 (142 M. 134 Fr.), in andere Anstalten 8 (5 M. 3 Fr.); 1913 geheilt entlassen 5 M., gebessert und ungebessert 262 (153 M. 109 Fr.), in andere Anstalten 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben 1912: 66 (35 M. 31 Fr.), 1913: 70 (33 M. 37 Fr.), davon 1912 infolge Tuberkulose 9 bei 17 Tuberkuloseerkrankungen, 1913: 21 Tuberkuloseerkrankungen mit 5 Todesfällen. Die Überfüllung (auf der Männerseite 25—30%) verschuldet bedeutende Übelstände.

Bernische kantonale Anstalten (146): Waldau; Anfangsbestand 686 (330 M. 356 Fr.). Zugang 252 (119 M. 133 Fr.). Abgang 136 (65 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 802 (384 M. 418 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen (Blödsinn, Schwachsinn) bei 5 (3 M. 2 Fr.), konstitutionelle Störungen 7 (2 M. 5 Fr.), erworbene einfache Störungen 189 (78 M. 111 Fr.), darunter Verblödungsformen (Dementia praecox, Dem. paranoides, Katatonie) 161 (75 M. 86 Fr.), paralytische, senile, organische Störungen 33 (21 M. 12 Fr.), darunter progressive Paralyse mit 13 (9 M. 4 Fr.). Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 7 (5 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 10 M., darunter Alc. chron., Delirium tremens 8 M. Nicht geisteskrank 1 Fr. Gerichtlich begutachtet 10 (6 M. 4 Fr.), sämtlich geisteskrank oder minderwertig. Entlassen genesen 11 (6 M. 5 Fr.) = 1,17% des Gesamtbestandes. Gestorben 37 (17 M. 20 Fr.) = 3,94% des Gesamtbestandes, darunter Tuberkulose in 14 Fällen. Gesamtausgabe 714 966,26 Fr.

Münsingen, Anfangsbestand 826 (400 M. 426 Fr.). Zugang 135 (66 M. 69 Fr.). Abgang 120 (60 M. 60 Fr.). Bleibt Bestand 841 (406 M. 435 Fr.), davon in Familienpflege 43 (16 M. 27 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen (Schwachsinn, Blödsinn) bei 4 (3 M. 1 Fr.), konstitutionelle Störungen 18 (9 M. 9 Fr.), erworbene einfache 82 (38 M. 44 Fr.), organische 11 (5 M. 6 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 4 (2 M. 2 Fr.), alkoholische Störungen 3 M. Nicht geisteskrank (Gerichtsfälle und Neurosen) 13 (6 M. 7 Fr.). Erbliche Belastung der Aufgenommenen 50,4%. Gerichtlich begutachtet 16, davon geisteskrank und minderwertig 14. Entlassen genesen oder wesentlich gebessert 50 (21 M. 29 Fr.) = 5,2% der Verpflegten. Gestorben 39 (16 M. 23 Fr.) = 4% der Verpflegten; tuberkulösen Affektionen erlagen 12 (3 M. 9 Fr.), Paralytische starben 6, Senile 10. Gesamtausgabe 704 425,35 Fr.

Bellelay: Anfangsbestand 328 (134 M. 194 Fr.). Zugang 18 (5 M. 13 Fr.), Abgang 15 (6 M. 9 Fr.). Bleibt Bestand 331 (133 M. 198 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen bei 5 (2 M. 3 Fr.), konstitutionelle 5 (1 M. 4 Fr.), erworbene einfache 2 Fr., organische 1 M. 2 Fr., epileptische 1 M. 2 Fr. Entlassen geheilt und gebessert 3. Gestorben 11 (5 M. 6 Fr.) = 3,18% der Verpflegten, davon an Marasmus senilis, Lungenentzündung je 2, Herzleiden 3, Status epil. 1 Fr. 1 Selbstmord (zweiter seit Bestehen der Anstalt). Gesamtausgabe 267 545,38 Fr.



Waldhaus (147): Anfangsbestand 302 (158 M. 144 Fr.). Zugang 58 (32 M. 26 Fr.). Abgang 52 (29 M. 23 Fr.). Bleibt Bestand 308 (161 M. 147 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen, Idiotie 5 (3 M. 2 Fr.), einfachen erworbenen Psychosen 34 (15 M. 19 Fr.), paralytisch-senil-organischen Störungen 6 (4 M. 2 Fr.), Epilepsie 1 Fr., Intoxikationspsychosen 9 (7 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 3 M. Zur Beobachtung 13, davon 8 gerichtlich eingewiesen; 3 Fälle davon ohne nachweisl. Geistesstörung. 26 der frischen Aufnahmen (43) erblich veranlagt. Entlassen geheilt 10 (6 M. 4 Fr.), gebessert 15 (7 M. 8 Fr.), ungeheilt 13 (7 M. 6 Fr.). Verhältnis der Genesenen zum Abgang 20 %, der Verpflegten 2,8 %. Gestorben 12 (7 M. 5 Fr.) = 23 % der Entlassenen, 3,3 % des Gesamtbestandes. Todesursachen bei 2 Apoplexia cerebri, Hirntuberkulose, allg. Atheromatose, im epilept. Anfall je 1. Gesamtausgabe: 55 273,30 Fr.

Burghölzli (72): Anfangsbestand 402 (203 M. 199 Fr.). Zugang 578 (352 M. 266 Fr.). Abgang 584 (352 M. 232 Fr.). Bleibt Bestand 396 (203 M. 193 Fr.); im Vorjahre Anfangsbestand 147. Zugang 537. Abgang 552. Diagnosen der frischen Aufnahmen 1913 = 486 (302 M. 184 Fr.): angeborene Psychosen bei 20 (13 M. 7 Fr.), konstitutionelle Psychosen 26 (12 M. 14 Fr.), manisch-depressive Formen 20 (11 M. 9 Fr.), Verblödungsformen 184 (86 M. 98 Fr.), andere erworbene idiopathische Psychosen 15 (5 M. 10 Fr.); organische Störungen 80 (55 M. 25 Fr.), davon progressive Paralyse 32 (23 M. 9 Fr.); epileptische Störungen 23 (14 M. 9 Fr.); Intoxikationspsychosen 106 (95 M. 11 Fr.), davon reiner Alcoholismus chron. 43 (36 M. 7 Fr.), Delirium tremens 39 M.; nicht geisteskrank 12 (11 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt 42 (34 M. 8 Fr.), im Vorjahre 33; gebessert 250 (148 M. 102 Fr.), im Vorjahre 252; ungeheilt 217 (128 M. 89 Fr.), davon nach andern Anstalten überführt 205 (123 M. 82 Fr.); im Vorjahre ungeheilt entlassen 199. Verhältnis der Geheilten und Gebesserten zum Gesamtabgang 50 % (im Vorjahre 51,6 %). Gestorben 62 (30 M. 32 Fr.), davon an Hirnkrankheiten 30 (16 M. 14 Fr.), an allg. Tuberkulose 4 (2 M. 2 Fr.); im Vorjahre gestorben 49. Abgegebene Gutachten inkl. Poliklinik 108 (Vorj. 124), davon strafrechtlicher Natur 36 (Vorj. 57). Bettgurte angewandt bei 3 M. 4 Fr., Segelstoffkleider, Zellenhandschuhe (5 M. 7 Fr.) mehrfach. Regelmäßig oder teilweise beschäftigt 71 % der M. 88 % der Fr. (Vorj. 73 %, 85 %). Die Psychiatrische Klinik wurde aufgesucht von 317 (177 M. 140 Fr.). Gesamtausgabe: 752 602,43 Fr.

Ellikon (79): Anfangsbestand 33 Pfl. Aufnahmen 45. Entlassungen 47. Bleibt Bestand 31. An chron. Alkoholismus litten 20, kompliziert mit Delir. tremens 6, Psychopathie 2, Willens- und Charakterschwäche 4, Debilität 2, Kokainismus 1, Dipsomanie 2, Alkoholepilepsie 1; Trunksucht bei moral. Defekt, Debilität je 1, Psychopathie 2, einfache Trunksucht 3. Erblichkeit angegeben bei 21, Vater Trinker 17. Dauer des Aufenthalts 12 Monate bei 18, 11 Monate bei 5, 10 Monate 1, 9 Monate 4, 8 Monate 1. Kur vorschriftsmäßig bestanden von 29 Pflegl., davon abstinent geblieben 75,9 %, rückfällig 13,8 %, fraglich 10,3 %. Von 291 Ausgetretenen (103 außer Berechnung, gestorben 12) sind noch abstinent 44,9 %, rückfällig 39,8 %, unbekannt 15,3 %.

Friedmatt (82): Anfangsbestand 1913: 292 (136 M. 156 Fr.). Zugang 230



(130 M. 100 Fr.). Abgang 223 (120 M. 103 Fr.). Bleibt Bestand 299 (146 M. 153 Fr.). Zugang 1914: 184 (107 m. 78 Fr.). Abgang 202 (123 M. 81 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1914: 280 (130 M. 150 Fr.). Vom Zugang 1913 litten an angeborenen Psychosen 12 (7 M. 5 Fr.), an erworbenen einfachen Psychosen 99 (37 M. 62 Fr.), konstitutionellen 31 (24 M. 7 Fr.), epileptischen 5 (3 M. 2 Fr.), hysterischen und neurasthenischen Formen 4 Fr., Chorea 1 Fr., organischen Formen 7 (6 M. 1 Fr.), paralytischen 23 (19 M. 4 Fr.), senilen Formen 19 (9 M. 10 Fr.), Alkoholismus 28 (24 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsformen des Zugangs 1914: angeborene Psychosen (Idiotie und Imbezillität) bei 11 (6 M. 5 Fr.), erworbene einfache Formen 72 (22 M. 51 Fr.); konstitutionelle 33 (27 M. 6 Fr.); epileptische 13 (6 M. 7 Fr.); organische 4 M., paralytische 17 (14 M. 3 Fr.) und senile Formen 13 (7 M. 6 Fr.); Alkoholismus 21 M. Krankheitsdauer vor Aufnahme 1914 bis 1 Monat 38 (24 M. 14 Fr.), 1913: 54 (31 M. 23 Fr.), 2—3 Monate 11 (6 M. 5 Fr.), 1913: 12 (6 M. 6 Fr.), 4—6 Monate 4 (2 M. 2 Fr.), 1913: 10 (5 M. 5 Fr.), 7—12 Monate 14 (4 M. 10 Fr.), 1913: 6 (4 M. 2 Fr.), 1—2 Jahre 7 (4 M. 3 Fr.), 1913: 8 (6 M. 2 Fr.), mehr als 2 Jahre 23 (11 M. 12 Fr.), 1913: 31 (14 M. 17 Fr.), unbekannte Dauer 42 (33 M. 9 Fr.), 1913: 44 (29 M. 15 Fr.). Direkte Erblichkeit anzunehmen 1914 bei 39, 1913 bei 59; indirekt und atavistisch 1914 bei 29, 1913 bei 30; Familienanlage 1914 bei 39, 1913 bei 31, Blutsverwandtschaft 1914 bei 2. Entlassen 1914 als geheilt 26 (18 M. 8 Fr.), gebessert 70 (34 M. 36 Fr.), ungebessert 87 (57 M. 30 Fr.); 1913 geheilt 24 (15 M. 9 Fr.), gebessert 50 (25 M. 25 Fr.), ungebessert 114 (67 M. 47 Fr.). Gestorben sind 1914: 21 (14 M. 7 Fr.), 1913: 34 (22 M. 1 Fr.), davon Todesfälle vom Nervensystem aus 1914: 15 (12 M. 3 Fr.), 1913: 13 (4 M. 9 Fr.), infolge Tuberkulose 1914 u. 1913 je 3 (2 M. 1 Fr.). Gesamtausgabe 1913: 403 561,17 Fr., 1914: 403 343,02 Fr.

Sonnenhalde, Riehen (136): Anfangsbestand 37 weibl. Pfl. Zugang 109. Abgang 115 (davon nach staatl. Heilanstalten und Privatanstalten für Geisteskranke 10). Gesamtzahl der Verpflegten 146. Krankenstand im Jahresmittel 38. An allgemeiner Psychopathie litten 9, Hysterie 3, manisch-depressive Formen zeigten 37, Formen der Dementia praecox 53, 3 litten an Zwangsideen, 2 an seniler Demenz, 1 Alkoholpsychose. Von den Ausgetretenen waren 105 erblich belastet. Vollständig geheilt 4, rekonvaleszent entlassen 4, in hohem Grade gebessert 12, gebessert 50, ungebessert 40. Gestorben 4. Schlußbestand 31 Kr. Gesamtausgabe 104,271,45 Fr.

Rosegg (129): Anfangsbestand 320 (179 M. 141 Fr.). Zugang 77 (40 M. 37 Fr.). Abgang 50 (28 M. 22 Fr.). Bleibt Bestand 347 (191 M. 156 Fr.). Vom Zugang litten an angeborener Geistesstörung 7 (5 M. 2 Fr.), an erworbener einfacher 45 (21 M. 24 Fr.), epileptischer 2 (1 M. 1 Fr.), paralytischer 5 (2 M. 3 Fr.), seniler 7 (1 M. 6 Fr.), alkoholischer Geistesstörung 10 (9 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Erblich belastet zu Geistesstörung 42 (24 M. 18 Fr.) der ersten Aufnahmen. Erkrankungsdauer vor der Aufnahme bis 4 Wochen bei 9 (6 M. 3 Fr.), 2—3 Monate 9 (3 M. 6 Fr.), 4—6 Monate 4 (1 M. 3 Fr.), 7—12 Monate 4 (2 M. 2 Fr.), 1—2 Jahre 9 (4 M. 5 Fr.), mehr als 2 Jahre 21 (15 M. 6 Fr.). Entlassen geheilt 15 (9 M. 6 Fr.), gebessert 16 (8 M. 8 Fr.), ungeheilt 3 M. Gestorben 16



(8 M. 8 Fr.), davon 7 Senile, 3 infolge Lungenschwindsucht. Arbeitstätigkeit durchschnittlich 41,6 % der M. 70,2 % der Fr. Gesamtausgabe: 353 217,87 Fr.

Wil (152): Anfangsbestand 846 (421 M. 425 Fr.). Aufgenommen 372 (212 M. 160 Fr.). Abgang 355 (195 M. 160 Fr.) = 29 % der Verpflegten. Bleibt Bestand 863 (438 M. 425 Fr.). Von den ersten Aufnahmen 290 (164 M. 126 Fr.) litten an angeborenen Störungen 21 (13 M. 9 Fr.), konstitutionellen Störungen 15 (13 M. 2 Fr.), einfachen erworbenen Störungen 71 (21 M. 49 Fr.), erworbenen Störungen der paralytischen, senilen und organischen Gruppe 70 (32 M. 38 Fr.), erworbenen Störungen auf Grundlage der Epilepsie 7 (5 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 35 (33 M. 2 Fr.), körperlich Kranke und Altersschwache 50 (26 M. 24 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Erblichkeit feststellbar bei 63 % M. und 50 % Fr. der Aufnahmen; Alkoholmißbrauch bei 50 M. 2 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 51 M. 2 Fr. = 28 % und 1,5 %; gerichtlich eingewiesen 12 M. 1 Fr., davon 3 straffähig. Entlassen geheilt 22 (12 M. 10 Fr.), gebessert 122 (68 M. 54 Fr.), ungeheilt 76 (54 M. 22 Fr.), davon nach andern Anstalten überführt 11 M. 9 Fr. Gestorben 134 (60 M. 74 Fr.) = 11 % der Verpflegten; 41 Todesfälle entfallen auf Altersschwache und körperlich Kranke = 18 % dieses Bestandes. Von Geisteskranken verstorben 93 (42 M. 51 Fr.) = 9,3 % ihres Bestandes, 44 % der der Gruppe paralytische, senile und organische Psychosen Zugehörigen. Tuberkulosetodesfälle 11. Gesamtausgabe: 575 987,66 Fr.

St. Pirminsberg (140): Anfangsbestand 297 (142 M. 155 Fr.). Aufnahmen 154 (76 M. 68 Fr.). Abgang 133 (66 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 308 (152 M. 156 Fr.). Durchschnittsbestand 1910: 247 P., 1911: 247, 1912: 282, 1913: 302. Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 7 (4 M. 2 Fr.), darunter Schwachsinn mit Alkoholismus 2 M., konstitutionelle 5 (4 M. 1 Fr.), mit Alkoholismus 1 M., erworbene einfache Psychosen 113 (52 M. 61 Fr.), darunter Dementia praecox, paranoides 60 (35 M. 25 Fr.), organische Psychosen 6 (5 M. 1 Fr.), davon Paralyse 4 M., epileptische 2 Fr., Alkohol-Intoxikationspsychosen 12 (11 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 11. Erbliche Belastung bei 95 = 82 % der Aufnahmen, davon direkt, von den Eltern her, belastet 72. Geheilt und gebessert entlassen sind 80 (41 M. 39 Fr.), ungeheilt in andere Anstalten versetzt 11 (8 M. 3 Fr.). Verhältnis der Genesenen zum Gesamtabgang 23 %, zum Gesamtbestand 7 %. Gestorben sind 34 = $7^1/_2$ % der Verpflegten, darunter 2 Paralytiker und 16 Epileptische, infolge Tuberkulose starben 10; 1 Selbstmord. Gesamtausgabe: 294 761,11 Fr.

Münsterlingen (112): Anfangsbestand 404 (101 M. 243 Fr.). Zugang 183 (80 M. 103 Fr.). Abgang 176 (79 M. 97 Fr.). Bleibt Bestand 411 (162 M. 249 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 12 (3 M. 9 Fr.), Konstitutionelle 17 (5 M. 12 Fr.), erworbene 99 (39 M. 60 Fr.), darunter Formen der Dementia praecox mit 76 (33 M. 43 Fr.), organische 23 (9 M. 14 Fr.), davon Paralyse 10 (3 M. 7 Fr.), epileptische Fsychosen 14 (10 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 13 (11 M. 2 Fr.), mit 12 Alkoholpsychosen. Nicht geisteskrank 5 M. 2 Fr., davon zur Beobachtung 1 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei Entlassenen und Gestorbenen bis 3 Monate bei 46 (11 M. 35 Fr.), bis 6 Monate 23 (9 M. 14 Fr.), bis 1 Jahr 18 (4 M. 14 Fr.), 2 Jahre 17 (12 M. 5 Fr.), über 5 Jahre



30 (21 M. 9 Fr.). Entlassen geheilt 15 (9 M. 6 Fr.), gebessert 95 (40 M. 55 Fr.), ungebessert 32 (19 M. 13 Fr.). Gestorben sind 29 (8 M. 21 Fr.) = 4,94 % der Verpflegten, 4 M. davon im Endstadium der Paralyse, 4 Fr. infolge Tuberkulose. Gesamtausgabe: 346 941,23 Fr.

Königsfelden (98): Anfangsbestand 804 (363 M. 441 Fr.). Zugang 255 (146 M. 109 Fr.). Abgang 255 (139 M. 116 Fr.). Bleibt Bestand 804 (370 M. 434 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenen geistigen Schwächezuständen 18 (8 M. 10 Fr.), konstitutionellen originären Formen 20 (13 M. 7 Fr.), einfachen erworbenen Störungen 133 (69 M. 64 Fr.), organischen Störungen 33 (12 M. 21 Fr.), epileptischen Störungen 16 (10 M. 6 Fr.), an Intoxikationspsychosen 35 (34 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung gerichtseitig eingewiesen 16, davon straffähig 2. Dauer der Erkrankung vor der Aufnahme 1—3 Monate bei 69, 4—6 Monate bei 22, 7—12 Monate bei 20, bei 46 Kr. 1—3 Jahre, bei 17 Kr. 3—5, bei 69 Kr. über 5 Jahre; Dauer unbekannt bei 12. Ursächliches Moment der Erkrankung Alkohol bei 27,4 % der M., 4,6 % der w. Aufnahmen. Erblichkeit nachweisbar bei 50 %, und zwar bei 16 % von Vaterseite, 8 % Mutterseite ausschließlich, beide Eltern 1 %, Verwandtschaft 25 %. Geheilt entlassen 29 = 11,7 %, gebessert 118 = 46,3 %, unverändert 29 = 11,7 % der Aufnahme- und der gleichen Entlassungsziffer. Gestorben 79 = 30,3 %, Mortalität hauptsächlich infolge Influenzaepidemie hoch (25 mehr als im Vorjahre gestorben). 9 Erkrankungen an Typhus, 2 Todesfälle. Eine Chloralvergiftung tödlich. Gesamtausgabe: 510 685,57 Fr.

St. Urban, Luzern (143): Krankenbestand Beginn 1912 = 555 (245 M. 310 Fr.). Zugang 1912 = 173 (80 M. 93 Fr.), Zugang 1913 = 159 (73 M. 86 Fr.). Abgang 1912 = 163 (75 M. 88 Fr.), 1913 = 151 (74 M. 77 Fr.). Bleibt Schlußbestand 573 (249 M. 324 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen 1912 = 4 (2 M. 2 Fr.), 1913 = 2 (1 M. 1 Fr.), konstitutionelle 1912 = 3 M., 1913 = 3 Fr., erworbene einfache 1912 = 121 (46 M. 75 Fr.), 1913 = 118 (51 M. 67 Fr.), paralytisch-senile organische 1912 = 23 (11 M. 12 Fr.), 1913 = 22 (9 M. 13 Fr.), epileptische 1912 = 3 Fr., 1913 = 4 (2 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 1912 = 18 (17 M. 1 Fr.), 1913 = 10 M. Erblich belastet 1912 = 140 (49 M. 91 Fr.), 1913 = 144 (59 M. 85 Fr.). Alkoholismus ursächlich 1912 bei 21, 1913 bei 20 P. Geheilt entlassen 1912 = 22,31 % der heilbar Verpflegten bzw. 3,71 % aller Verpflegten; 1913 = 34,61 % bzw. 4,97 %. Gestorben sind 1912 = 47 (22 M. 25 Fr.) = 6,45 % der Verpflegten, 1913 = 47 (22 M. 25 Fr.) = 6,49 %, davon an Lungentuberkulose 1912 = 13, 1913 = 4, infolge Paralyse 3 bzw. 2 P.

Préfargier (122): Anfangsbestand 148 (58 M. 90 Fr.). Zugang 118 (53 M. 65 Fr.). Abgang 108 (49 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 158 (62 M. 96 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie, Imbezillität 1 M., konstitutionellen Psychosen 7 (4 M. 3 Fr.), einfachen erworbenen Psychosen 80 (29 M. 51 Fr.), darunter an Dementia praecox 18 M. 33 Fr. = 43,2 % des Gesamtzugangs; an organischen Psychosen 21 (13 M. 8 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 1 M., alkoholist. Intoxikationspsychosen 6 (4 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Erblichkeit vorliegend bei 75, davon durch Trunksucht der Eltern und Vorfahren bei 34. Krankheitsdauer vor der Aufnahme weniger als 8 Tage bei 13 (7 M. 6 Fr.), 8 Tage bis 1 Monat 14 (7 M. 7 Fr.).



1—6 Monate 31 (10 M. 21 Fr.), 6 Monate bis 1 Jahr 22 (7 M. 15 Fr.), 1—5 Jahre 14 (8 M. 6 Fr.), mehr als 5 Jahre 9 (3 M. 6 Fr.), von Kindheit an bei 6 (5 M. 1 Fr.), unbekannt 8 (5 M. 3 Fr.). Entlassen geheilt oder sehr gebessert 23 = 21,3 % des Abgangs, 8,6 % des Gesamtbestandes, gebessert 38, ungeheilt 34, davon 12 nach andern Anstalten überführt. Gestorben 13 (7 M. 6 Fr.) = 12 % des Abgangs, 4,8 % des Gesamtbestandes, davon infolge Marasmus 4, Tuberkulose 1. Gesamtausgabe: 224 975,95 Fr.

Cery (73): Anfangsbestand 542 (272 M. 270 Fr.). Zugang 384 (221 M, 163 Fr.). Abgang 397 (224 M. 173 Fr.). Vom Zugang litten an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 13 (5 M. 8 Fr.), konstitutionellen Psychosen 31 (13 M. 18 Fr.), erworbenen einfachen Psychosen 200 (97 M. 103 Fr.), organischen Psychosen 56 (35 M. 21 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 9 (7 M. 2 Fr.), Alkoholismus u. a. Intoxikationspsychosen 70 (62 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 5 (2 M. 3 Fr.). Bei den infolge Alkoholismus aufgenommenen fand sich akuter Alkoholismus bei 4 (3 M. 1 Fr.), Delirium tremens 27 M., chronischer Alkoholismus 32 (26 M. 6 Fr.), Korsakoffpsychose bei 3 (2 M. 1 Fr.). Erblichkeit vorliegend bei 165, davon durch Trunksucht der Eltern und Vorfahren bei 76. Entlassen geheilt 77 (46 M. 31 Fr.), gebessert 113 (64 M. 49 Fr.), ungeheilt 124 (82 M. 42 Fr.). Gestorben 83 (82 M. 51 Fr.), davon an Tuberkulose 14, Marasmus 4, Paralyse 1, Typhus 1. Gesamtausgabe: 710 129,36 Franken.

Schottland (135): Bestand an Geisteskranken 1. Januar 1914:

	Gesamtbestand			Private			Arme		
		m.	w.		m.	w.		m.	w.
In Kgl. Anstalten ...	3780	1774	2006	1964	882	1082	1816	892	924
„ Distriktsanstalten.	10806	5553	5253	319	128	191	10487	5425	5062
„ Privatanstalten ...	71	29	42	71	29	42	—	—	—
„ Gemeindeanstalten	226	126	100	—	—	—	226	126	100
„ Armenhäusern ...	856	441	415	—	—	—	856	441	415
„ Privatwohnungen.	2943	1289	1654	110	35	75	2833	1254	1579
	18682	9212	9470	2464	1074	1390	16218	8138	8080
„ Verbrecher-Irrenanstalt Perth	62	56	6	—	—	—	—	—	—
„ Fürsorgeanstalten	602	375	227	160	93	67	442	282	160
Summe:	19346	9643	9703	2624	1167	1457	16660	8420	8240

Gegen den Gesamtbestand vom 1. Januar 1913: 19 188 mehr 158; in Perth 6 kriminelle Kranke mehr untergebracht als im Vorjahre. Der Zugang an frischen Aufnahmen und im Verhältnis zu einer Bevölkerungszahl von 100 000 gestaltete sich wie folgt in den Jahren

1900—1904:	Private 464 = 10,4/100 000	Arme	2187 = 48,9/100 000
1905—1909:	„ 454 = 9,9/100 000	„	2111 = 45,7/100 000
1910:	„ 401 = 8,4/100 000	„	2112 = 44,6/100 000
1911:	„ 410 = 8,6/100 000	„	2283 = 48,1/100 000
1912:	„ 436 = 9,2/100 000	„	2157 = 45,5/100 000
1913:	„ 456 = 9,6/100 000	„	2350 = 49,6/100 000.



Freiwillige Aufnahmen im Jahre 1913 = 112, entsprechend einem Mittel von 104 für die zehn Jahre 1904—1913. Im Januar 1914 befanden sich von solchen Aufnahmen in den Anstalten 148. Geheilt entlassen sind im Verhältnis zum Zugang (ohne Überführungen) in den Jahren

1900—1904:	Private	44,3%,	Arme	42,9%;
1905—1909:	„	41 %,	„	39,8%;
1910	„	42,5%,	„	36,7%;
1911	„	39 %,	„	38,4%;
1912	„	35,9%,	„	37,4%;
1913	„	38,3%,	„	38,7%.

Gestorben sind im Verhältnis zu den Gesamtbeständen:

	1900—1904	1905—1909	1910	1911	1912	1913
Privatpatienten....	7,9%	8,4%	7,1%	6,3%	9,8%	8,4%
arme Patienten....	9,2%	9,5%	9,3%	9,1%	9,9%	9,9%
beide Klassen:	9%	9,3%	9%	8,7%	9,8%	9,7%

Sterblichkeit in den verschiedenen Anstalten im Verhältnis zu den Beständen:

	1900—1904	1905—1909	1910	1911	1912	1913
Kgl. und Distrikts-anstalten	9,3%	9,7%	9,3%	9 %	10,1%	10,5%
Privatanstalten....	7,6%	6,7%	4,5%	4,6%	10,8%	7,8%
Gemeindeanstalten.	10,6%	9,7%	8,2%	12,3%	9,7%	8,8%
Armenanstalten ...	4,8%	4,5%	4,8%	3,8%	6,1%	5,5%

Entwichen sind:

		(davon nicht zurück und ohne Besserung)		auf 1000 P. in Anstalten
im Jahre	1904 = 171		20,	12
„	1905 = 154	„	14	„ 11
„	1906 = 157	„	20	„ 11
„	1907 = 168	„	22	„ 12
„	1908 = 162	„	11	„ 11
„	1909 = 145	„	14	„ 9
„	1910 = 150	„	10	„ 10
„	1911 = 163	„	22	„ 11
„	1912 = 143	„	17	„ 9
„	1913 = 132	„	15	„ 8.

Unfälle fielen im Jahre 1913 vor 176, mehr als im Vorjahre 21. 11 Fälle nahmen schlechten Ausgang, 6 davon kommen auf Selbstmord.

Boston State Hospital (68): Die psychiatrische Station verfügt über 100 Betten, freibleibend für unvorhergesehene Fälle 10 Betten. Tägliche Belegung durchschnittlich 98 Betten, ca. 4 Tagesaufnahmen. Vorhandener Bestand 1. Okt. 1912: 16 (10 m. 6 w.). Aufnahmen im Berichtsjahre 1022 (522 m. 500 w.). Abgang 1014 (515 m. 499 w.). Schlußbestand Sept. 1913: 24 (17 m. 7 w.). Durchschnittl. Tagesbestand temporärer Fälle 20,67. Ausländer ca. 50%. Polizeilich eingeliefert 394, gerichtseitig 132, zur Beobachtung 31, Begutachtung 10; freiwilliger Zugang



362, davon nicht geisteskrank 114. Von den zu temporärer Behandlung Aufgenommenen (1022) litten an Alkoholpsychosen 124 (94 M. 30 Fr.), Dementia praecox 208 (100 m. 108 w.), manisch-depressiven Psychosen 108 (40 m. 68 w.), progressiver Paralyse 62 (51 m. 11 w.), Epilepsie 8, Imbezillität 11, akuten und toxischen Delirien 8, Morphinismus 6 (4 m. 2 w.) usw., nicht geisteskrank 152 (66 m. 86 w.) Geheilt entlassen 76, gebessert 40, ungebessert 93, nicht geisteskrank 86, nach Anstalten überführt oder zurückgebracht 703. Gestorben 15. Unter den freiwilligen Aufnahmen Alkoholpsychosen bei 30, Dementia praecox 76, progressive Paralyse 28.

Danemora (75): Anfangsbestand pro 1912: 403 M. Zugang 116. Abgang 61. Bleibt Bestand pro 1913: 458. Weiterer Zugang 157. Abgang 75. Schlußbestand 540 M. Vom Zugang litten in den Berichtsjahren an progressiver Paralyse 1 und 2, an Epilepsie mit Seelenstörung 4 und 2, Imbezillität, Idiotie 26 und 39, Dementia praecox 42 und 61; manisch-depressivem Irresein je 1, paranoiden Formen 24 und 22, Paranoia 4 und 2, andern Psychosen 14 und 24; nicht geisteskrank (1913) 4. Unter den Aufgenommenen, sämtlich aus Gefängnissen eingeliefert, befanden sich Ausländer 1912: 47,4 %, 1913: 40,12 %. Geheilt sind 1912 und 1913: 26 und 36, sehr gebessert (1913) 5, gebessert 13 und 7, ungeheilt 12 und 10. Gebessert 1912: 5,009 % des Gesamtbestandes, 6,018 % des Tagesbestandes, 1913: 5,85 % und 7,25 %. Durchschnittlicher Aufenthalt der Gebesserten im Hospital 1912: 2 Jahre, 1 Monat, 29 Tage, 1913: 1 Jahr, 7 Monate, 11 Tage. Durchschnittliche Gewichtszunahme 6 und 5 Pfund. — Gestorben 1912: 10, 1913: 12; davon an Paralyse 1 und 2. Lungenschwindsucht3 und 2. Mortalität 1912: 1,92 % des Gesamtbestandes, 2,314 % der Tagesbelegung; 1913: 1,951 % und 2,418 %. Gesamtausgabe 1912: 105 302,15 D.; 1913: 120 038,93 D.

New Jersey State Hospital zu Trenton in Nordamerika (115): Anfangsbestand Nov. 1912: 1547 (781 m. 766 w.). Zugang 508 (291 m. 217 w.). Abgang 496 (274 m. 222 w.). Bleibt Bestand 1559 (798 m. 761 w.), davon Kriminelle 63 (59 M. 4 Fr.). Erste Aufnahmen 421 (239 m. 182 w.), davon litten an progressiver Paralyse 46 (39 m. 7 w.), seniler Psychosis 35 (14 m. 21 w.), Alkoholpsychosen 83 (71 m. 12 w.). Alkohol an sich ursächliches Moment bei 103 (90 m. 13 w.). Entlassen geheilt 169 (91 m. 78 w.), gebessert 64 (38 m. 26 w.), ungebessert 28 (15 m. 13 w.). Gestorben 189 (106 m. 83 w.).

Indiana Hospital, Indianopolis (95): 1911—1912 in Behandlung 456 (278 M. 178 Fr.) (Aufnahmen), davon litten an Dementia praecox und verwandten Psychosen 93 (60 M. 33 Fr.), manisch-depressivem Irresein und verwandten Formen 93 (51 M. 42 Fr.), organischen Psychosen 57 (35 M. 20 Fr.), unklassifiziert 51 (33 M. 18 Fr.), Paranoia 36 (22 M. 14 Fr.), Involutionspsychosen 33 (20 M. 13 Fr.), Paralyse 32 (29 M. 3 Fr.), Erschöpfungspsychosen 24 (13 M. 11 Fr.), Intoxikationspsychosen 18 (13 M. 5 Fr.), Psychoneurosen 14 Fr., psychopathische Persönlichkeiten 2 M. 3 Fr. — 1912—1913 Aufnahmen 235 (140 M. 95 Fr.), davon Erkrankte an Dementia praecox und verw. Psychosen 43 (26 M. 17 Fr.), manisch-depressiven und verwandten Formen 34 (11 M. 23 Fr.), unklassifiziert 28 (17 M. 11 Fr.), organischen Psychosen 24 (18 M. 6 Fr.), Paranoia 21 (11 M. 10 Fr.), Paralyse 21 (19 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 18 (17 M. 1 Fr.), Erschöpfungspsychosen 16 (7 M. 9 Fr.), Involu-



tionspsychosen 15 (9 M. 6 Fr.), Psychoneurosen (5 Fr.) psychopathische Persönlichkeiten 10 (5 M. 5 Fr.). In dem Quinquennium 1908—1913 litten an Erschöpfungspsychosen 2,8%, 2,7%, 5,4%, 5,3%, 6,9%; an Intoxikationspsychosen 7,2%, 10,1%, 5,8%, 3,2%, 7,7%; an Dementia praecox (Gruppe) 8,4%, 12,8%, 14,7%, 20,5%, 18,2%; Psychoneurosen 7,8%, 1,5%, 1,9%, 3,1%, 2,1%; manisch-depressiven Formen 24,4%, 26%, 19,2%, 20,5%, 14,4%; Paranoia 10,6%, 10,7%, 8,9%, 7,9%, 8,9%; Involution 8,1%, 8,8%, 7,9%, 7,3%, 6,4%; organischen Psychosen 12,5%, 10,1%, 12,8%, 12,7%, 10,3%; Paralyse 6,8%, 5,8%, 6,8%, 7,1%, 8,9%. — Autopsien wurden ausgeführt 1911—12: 16 an 11 M. 5 Fr., 1912—1913: 19 (11 M. 8 Fr.).

Hilfsverein Rheinprovinz (125): An Unterstützungen verausgabt 21814,73 M., für Fürsorgestellen 600 M., ferner aus der Stiftung des früheren Hilfsvereins Düsseldorf 1120,90 M. Mitgliederbeiträge 34 524,35 M., mehr gegen das Vorjahr 1764,77 M. Vermögensbestand 104,307,04 M.

Der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen (91) verausgabte für Hilfsbedürftige 33 883,20 M., und zwar wurden unterstützt 39 P. für in Anstalten befindliche Pfleglinge, 51 P. bei der Entlassung, 130 P. nach der Entlassung aus der Anstalt, Angehörige von 115 Pfleglingen, 20 P. für psychisch Nervöse, 31 P. für in Familien untergebrachte Pfleglinge.

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Sachregister.

Abbau und Fermentvorgänge 65* 198.
Abderhaldensche Forschungsrichtung 52* 8.
Abderhaldensche Reaktion 60* 135, 149. 63* 169. 64* 185. 67* 235. 70* 276. 71* 283, 291, 292, 294, 296. 78* 382. 131* 64. 136* 134. 138* 158. 142* 216. 211* 62. 231* 136. 234* 184 a.
Abderhaldensches Dialysierverfahren 53* 34, 36. 55* 52, 60. 57* 84. 58* 103, 108. 59* 115, 124. 64* 193. 65* 199. 68* 251. 72* 300, 304, 305, 306. 73* 314. 74* 324. 75* 339, 344. 77* 367. 78* 374. 82* 433. 83* 449. 139* 185.
Abendmahlskelch u. Rauschbegierde 210* 47.
Aberglauben 42* 20. 61* 142.
Abortus 36* 7. 69* 256.
Abstammungs- u. Vererbungslehre 82* 431.
Abwehrfermente 51* 1, 2, 3. 64* 191. 192, 194. 65* 201. 66* 221. 78* 385. 82* 434. 134* 102.
Adalin 208* 22.
Adenokarzinom 172* 91.
Adipositas hypophys.-genitalis 224* 38.
Adrenalin 52* 13, 19. 68* 239. 140* 198. 141* 199, 200, 201.
Ätiologie der Nerven- u. Geisteskrankh, 74* 328.
Affekte 69* 261, 263.
Affektleben der Kinder 7* 93, 95.
Agrammatische Erscheinungen 73* 320.
Akromegalie 223* 22. 236* 66.
Akustische Terminologie 19* 258.
Alkoholfrage 208* 69. 214* 106.
Alkoholgebrauch in Irrenanstalten 210* 50.
Alkoholikerdeszendenz 136* 128.
Alkohol im Felde 213* 87; u. Marine 208* 20.
Alkoholismus 40* 19. 44* 40. 209* 28, 29, 36. 210* 42. 211* 57, 58, 61, 68. 213* 91. 214* 102, 103, 107, 112.
Alkoholismus und Epilepsie 237* 231, 232. 238* 233.
Alkoholismus und Erblichkeit 207* 5.
Alkoholismus und Frauen 207* 3. 212* 78.
Alkoholismus und Nachkommenschaft 210* 49.
Alkoholkranke in Canada 210* 41.
Alkoholkriminalität 44* 40.
Alkoholpsychosen 211* 69.
Alsterdorfer Anstalten 155* 1. 268* 64.
Alterspsychosen 133* 83. 135* 119.
Altersstar 227* 74.
Alzheimersche Krankheit 187* 289.
Ambardscher Koeffizient 138* 159.
Amberger im 19. Jahrhundert 212* 79.
Ambivalenz 4* 42. 54* 39.
Ameisen 7* 90.
Amendement Genoux 258* 37.
Amentia nach Sepsis 132* 67.
Amerisia 174* 107.
Amnesie, epilept. 234* 178.
Amylnitritkrämpfe 227* 73.
Amyotonia congenita 223* 20.
Amyotrophische Lateralsklerose 187* 280.

Anämie 65* 200. 186* 279.
Anarithmetik 62* 159.
Aneurysmen der Hirngefäße 184* 240.
Anonymität 6* 82 a.
Anormale Eigenschaften 156* 16, 17.
Anregung 7* 97, 98.
Anstaltsärzte 256* 8. 257* 24. 259* 42.
Anstaltsbauten 260* 57.
Anstaltsbücherei 257* 21, 22.
Anstaltsordnung 256* 3. 259* 47.
Antikenotoxin 10* 135. 17* 233.
Antitrypsin 64* 190. 74* 325.
Aphasie 35* 3. 167* 18. 168* 30. 170* 54. 171* 77. 172* 80, 87, 88. 174* 107, 107 a. 175* 131. 180* 187. 182* 224. 184* 249. 185* 264. 190* 318. 191* 332 a.
Apophysis lemurica 229* 112.
Apoplexie 184* 239.
Apperzeption 11* 143.
Apraxie 54* 48. 168* 24.
Araber 67* 234. 136* 133.
Arachnodaktylie 54* 44.
Arbeit 19* 261.
Arbeitsentlohnung 257* 25.
Aristoteles 55* 55.
Arsalyt 168* 28.
Arsen-Benzolbehandlung 178* 167.
Art. cerebelli posterior inf. 173* 98. 191* 332.
Arterien des Gehirns 172* 90, 93.
Arteriosklerose 174* 117. 185* 258, 261.
Asiaten 68* 247.
Asiles de la Seine 258* 39; in Paris 257* 23.
Asthenie 79* 402.
Assoziationsversuche 23* 311, 312. 57* 86. 135* 124. 213* 95.
Assoziationsvorgänge 28* 384, 385, 387.
Astronomisches Mikrometer 28* 394.
Ataxie 168* 31.
Atmungssymptome 3* 28.
Aufenthaltsort 46* 9.
Auffassungskategorie 24* 330.
Aufmerksamkeit 1* 3. 3* 38. 6* 83. 13* 172. 20* 271, 272. 23* 323. 26* 358.
Augenbewegung 6* 83 a.
Aussage 15* 208. 46* 5; -versuche 142* 223.
Auswanderung, überseeische 57* 92.
Autimutismus 172* 85.
Autistisches Denken 54* 40.

Babinski 81* 419. 179* 176.
Badische Irrenfürsorge 256* 11.
Bahnangestellte 56* 79. 72* 301. 74* 330.
Balkankrieg 80* 410.
Balkenerweichung 185* 252.
Balkenloses Gehirn 186* 273.
Balkenstich 159* 64, 65.
Baranyscher Zeigeversuch 76* 346. 177* 150.
Basedowkrankheit 222* 12, 17. 224* 37. 225* 49, 56. 226* 70. 227* 75, 82. 228* 89, 95. 229* 102. 230* 120, 123, 124, 125. 231* 134. 232* 147, 156, 157. 233* 165, 168. 234* 188. 235* 189, 195. 237* 224, 225. 238* 239, 252.
Basedowpsychosen 128* 7. 136* 137.
Baunissche Würfel 26* 365.
Bayreuth 268* 65.
Begabung 18* 252. 24* 331. 27* 381, 383.
Begriffsmechanik 9* 122.
Belgien 260* 53, 60.
Bellsches Phänomen 73* 317.
Bergmannswohl 268* 66.
Beriberi 208* 17. 211* 60.
Berlin, Anstaltsberichte 268* 67.
Bertholets Untersuchungen 214* 112.
Berufsgeheimnis 256* 13.
Berufspsychosen 68* 246. 83* 450.
Besessenheitswahn 207* 10.
Bethlem Hospital 258* 33.
Bewegungsformeln 4* 47. 9* 119.
Bewußtsein 20* 278.
Beziehungswahn 133* 84.
Bibliographie 3* 35.
Bienen 12* 159.
Bildliche Vorstellung 8* 110. 24* 329. 79* 391. 137* 150.
Bildungsfähigkeit 158* 54, 55.
Binetprüfungen 4* 52. 9* 128. 12* 167. 13* 182. 15* 206. 28* 391.
Biologie, moderne 80* 413.
Biologisch-chem. Untersuchungen 64* 189. 74* 322. 81* 420.
Bleichsucht 52* 18.
Bleikrankheit 210* 46.
Blindenleben 22* 305. 158* 50, 51, 52.
Blinzelreflex 73* 317.
Blitzschlag 59* 119.
Blutdrüsen 236* 206.
Blutglaube 133* 89.
Blutkreislauf 3* 37.
Blutuntersuchungen 71* 284. 77* 370. 134* 103. 141* 208.
Boston State Hospital 268* 68.
Brandenburgische Anstaltsberichte 268* 69.

Brandstiftung 5* 62. 39* 5. 42* 9, 16.
Breslau 268* 70.
Brieg 269* 71.
Brightsche Krankheit 136* 142.
Brombehandlung 229* 114. 232* 148. 239* 243, 244.
Brom-Kampher 207* 2.
Bromuralismus 214* 114.
Brown-Sequardsche Lähmung 181* 211.
Buenos Aires 43* 28.
Bulbärparalyse 175* 127.
Burghölzli 269* 72.

Cäsarenporträts 70* 269, 270.
Calmonal 55* 58. 58* 100. 78* 375.
Cephalalgie 63* 175.
Cephalograph 65* 208.
Cery 269* 73.
Chirurgie 55* 57. 175* 135, 136.
Chirurgische Behandlung 56* 70.
Cholera 71* 295.
Chorea 133* 93. 224* 42. 226* 64. 231* 135, 145. 232* 151, 153. 234* 185. 235* 191. 238* 235, 236.
Chorea gravidarum 132* 76. 229* 101. 230* 126. 233* 170.
Chorea Huntington 222* 7. 230* 118. 237* 227.
Chorea Sydenham 227* 81. 232* 158. 233* 172.
Choreiformer Symptomenkomplex 227* 77. 235* 194.
Chorlernen 19* 260.
Claudier 64* 196.
Cocainpsychose 214* 104.
Commotio cerebri 56* 67. 67* 260. 230* 119.
Conradstein 269* 74.
Corvus americanus 5* 68.
Cysticercus racemos. foss. Sylvii 184* 238.

Dämmerzustände 39* 9. 229* 104.
Danemora 269* 75.
Dauerbad 65* 209. 82* 440.
Definitionsmethode 60* 133.
Deliranten 56* 71.
Delirien 60* 129. 67* 230. 70* 275.
Delirium, akutes 143* 229. 190* 317. 207* 7.
Delirium tremens 208* 19. 211* 67. 212* 73, 83, 84, 85.
Dementia praecox 128* 8, 9, 11, 17. 129* 22, 27, 31, 33, 39. 130* 50. 131* 54, 63. 132* 71, 74. 133* 81, 87, 91, 92, 98. 134* 99, 104. 135* 122, 125, 126. 136* 138, 139. 137* 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 156. 138* 161, 170. 140* 189, 198. 141* 199, 200, 201. 142* 215. 143* 230, 235, 237, 238. 144* 244. 236* 209, 215. 239* 250.
Demenzprobleme 61* 152.
Denken und Erkennen 26* 359.
Denkende Tiere 5* 57, 8* 111, 10* 139, 11* 144. 15* 201. 18* 241, 242. 27* 376. 61* 145.
Depressive Zustandsbilder 143* 228.
Dercumsche Krankheit 230* 126 a.
Dermatosen bei Hysterie 222* 9.
Dermographismus 66* 222. 75* 336.
Deutungswahn 21* 287. 42* 10. 73* 318. 129* 32. 130* 40. 224* 39.
Dezimalgleichung 27* 370.
Diabetes insipidus 173* 102.
Diagnosenschema 259* 43.
Diagnostik der Nervenkrankh. 232* 150.
Dial-Ciba 59* 113. 62* 164. 64* 186. 68* 250. 77* 363. 79* 400. 82* 439. 84* 460.
Ding an sich 26* 363.
Diogenal 66* 218. 69* 264. 135* 21.
Dipsomanie 208* 14. 211* 71.
Dösen 258* 32.
Dressurmethode 14* 191.
Druckempfindungen 9* 115.
Dubois' Erfolge 55* 62.
Dukhobortsen 133* 94, 95.
Dynamik des Nervensystems 1* 7.
Dysenterie 59* 121.
Dystrophia adiposo-genitalis 239* 251.
Dystrophia muscular. progr. 187* 286.
Dziekanka 269* 76.

Eglfing 269* 77.
Ehen 78* 378.
Eifersuchtswahn 40* 17. 77* 373. 132* 69. 141* 201, 204, 210. 208* 18.
Einprägung 1* 2, 16* 213.
Einwanderung 55* 63. 83* 452.
Eklampsiebehandlung 235* 196.
Ekzem 61* 153.
Elarson 67* 231. 70* 281.
Elberfelder Pferde 10* 139.
Elektrische Unfälle 233* 175.
Elektrischer Schock 237* 230.
Elektrotherapie 238* 236 b.
Ellen (Bremen) 269* 78.
Ellikon 269* 79.
Elternkomplex 16* 216. 43* 29.
Embarin 234* 176.
Embolische Prozesse 188* 290.



Empfindung 2* 16. 21* 290.
Endokrine Drüsen 224* 43. 225* 52.
England 256* 2. 257* 19. 260* 61.
Entlassung 260* 55.
Entmündigung 46* 3, 6. 49* 9.
Entwicklungsalter 6* 81.
Entzündung 79* 393.
Enzephalitis 173* 104.
Enzephalomalazie 179* 185.
Enzephalomyelitis 174* 116.
Epilepsie 42* 11. 67* 229. 131* 61. 221* 1. 222* 6, 8. 224* 34, 35, 40. 225* 48, 55, 57. 226* 69, 71 a. 228* 86, 87, 92, 93. 229* 110, 111, 113. 230* 127, 128. 231* 130. 232* 146, 152. 233* 160, 162 a, 163, 167. 234* 177, 179, 181, 186. 235* 190. 237* 221, 222, 228. 239* 249, 250.
Epilepsie-Jackson 224* 47. 227* 85. 237* 222 a.
Epilepsiebehandlung 222* 5. 226* 63. 227* 78. 229* 108, 115. 233* 171.
Epilepsieforschung 231* 143.
Epileptikerfamilien u. Alkohol 213* 98.
Epileptische Anfälle 223* 3, 6. 226* 61. 230* 117.
Epileptische Dämmerzustände 226* 62, 65.
Epileptoide Anfälle 228* 99.
Erblichkeit 56* 81. 66* 217. 68* 241, 253. 233* 169.
Erfahrung 13* 175.
Ergographen 2* 12.
Ergotherapie 75* 335.
Ergotismus 210* 54, 55.
Erinnerung 9* 121. 20* 283. 22* 308.
Erkenntnistheorie 29* 407.
Erlernen 14* 198. 17* 238.
Ermüdung der Muskeln 11* 146. 27* 379.
Ermüdung, geistige 2* 13. 11* 146. 16* 217.
Ermüdungsforschung, exp. 14* 192, 193. 17* 234.
Ernestinum 62* 156.
Erregungszustände 5* 63, 64. 22* 304. 56* 76. 82* 432. 83* 443.
Errötensfurcht 223* 26.
Erschlaffung 20* 277.
Erworbene Eigenschaften 67* 227. 80* 409.
Erythrostase 77* 371.
Eugenik 62* 156. 66* 223. 76* 355. 78* 379. 81* 424.
Eunuchoidie 158* 53. 227* 84.
Exhibitionismus 42* 7.
Exophthalmus 83* 456. 229* 106.
Familiendegeneration 212* 79.
Familienforschung 78* 385.
Familienpflege 256* 4. 258* 30. 259* 49.
Farbenblindheit 15* 204.
Farbenempfindlichkeit 24* 335.
Farbenpsychologie 13* 185.
Farbensinn 6* 78. 22* 299. 27* 372.
Farbige 71* 296.
Fehler des Alltags 18* 250.
Feldhof (Graz) 269* 80.
Fermentforschung 51* 3.
Fetischismus 42* 17. 44* 43, 44, 45.
Fließsche Lehre 76* 351.
Forelsche Theorie 213* 97.
Formkombination 29* 406.
Foveales Sehen 5* 67.
Freiburg, Schles. 269* 81.
Freiwilligkeit 61* 150.
Freudsche Lehre 5* 71. 22* 309.
Friedmatt 269* 82.
Friedreichsche Krankheit 167* 19. 188* 299.
Friedrichsberg 270* 88.
Fürsorgeerziehung 6* 79. 47* 2, 2 a, 5. 48* 12, 13. 158* 56, 57, 58. 159* 59.

Gabersee 269* 83.
Gallsche Lehre 54* 43.
Galvanometrie 73* 316.
Ganglion-Gasseri 224* 36; -Tumor 173* 103.
Ganserscher Symptomenkomplex 50* 4.
Gedächtnis 19* 259. 23* 313. 58* 104. 184* 246.
Gedankenkreis, kindl. 28* 396.
Gefährliche 52* 12. 257* 15.
Gefahr, Einfluß der 2* 25.
Gefühlsleben 16* 222. 19* 268.
Geh. kleine Anfälle 226* 67.
Gehirn 38* 1. 53* 32. 57* 89. 74* 331. 79* 390; u. Rückenmark 170* 58.
Gehirnatrophie 184* 250.
Gehirnerweichung 185* 260.
Gehirn und Seele 13* 173.
Gehlsheim 269* 84.
Gehörshalluzinationen 59* 123. 73* 319. 78* 384.
Geisteskranke, Behandl. u. Untersuch. 68* 224, 249, 69* 226. 75* 341.
Geisteskrankheiten 60* 137. 64* 184. 70* 268. 71* 290. 79* 396; und Krieg 79* 392. 83* 445, 446. 143* 239.
Geistesleben, Mechanik des 27* 375.
Geistige Arbeit 16* 214.
Geist und Körper 6* 82. 75* 333.
Gelenkrheumatismus 65* 207. 134* 111.



Gemeingefährlichkeit 35* 4.
Genialität 69* 262.
Genie 2* 26. 4* 53. 59* 116.
Geometrische Elemente 22* 297.
Gerichtliche Medizin 35* 6, 9.
Geschicklichkeit 5* 65. 21* 284.
Geschlechtsdrüsen 81* 416.
Geschmack, Physiologie des 25* 353.
Geschoßfernwirkung 176* 142.
Geschwister 133* 86.
Gesichtsfelddefekt 235* 197.
Gestaltswahrnehmungen 3* 29, 30. 21* 294. 23* 314.
Getränkereform 213* 100.
Getreide, entschältes 82* 435.
Gifte 60* 139.
Glasgow 256* 6.
Göttingen 269* 85, 85 a.
Gold, kolloidales 173* 73. 175* 124. 179* 182.
Goldreaktion 170* 53.
Goldsolreaktion 169* 45. 170* 65. 171* 65 a. 172* 86. 174* 121.
Graphologische Kennzeichen 68* 240. 157* 35, 36.
Graphometrie 16* 218.
Gravidität, eingebildete 231* 141.
Größenauffassung 8* 105.
Großhirn, Agyrie und Heterotypie des 170* 60.
Großhirnphysiologie 4* 56.
Großhirnrinde 27* 373. 81* 421. 185* 254.
Gynäkologie 77* 372. 78* 380.

Haar 270* 86.
Hämolyse 55* 56. 62* 162. 63* 176.
Hämolysinreaktion 168* 29. 191* 328.
Hämatologische Befunde 134* 100.
Haftpflicht der Anstalten 47* 6. 70* 282.
Haftpsychosen 41* 1. 44* 37. 128* 6. 139* 176.
Hall in Tirol 270* 87.
Halluzination 23* 315. 56* 72. 76* 348. 129* 35.
Halluzinose 60* 127. 130* 45. 132* 66.
Hamburg, Anstaltsberichte 270* 88.
Handarbeit, Psychologie der 8* 102.
Handgeben bei Dem. praecox 133* 98. 138* 168.
Handschriftenmessung 24* 326.
Harnsäure 81* 422.
Haus Schönow 270* 89.
Hautempfindung 8* 113. 10* 137.
Hautkrankheiten 81* 425. 143* 233.
Hautnerven 10* 136, 138.
Hautsinn 58* 105. 72* 307. 80* 415.
Hebephrenie 135* 118.
Heilen und Bilden 11* 150. 51* 4. 71* 287.
Heilige von Wildisbruch 77* 368.
Heilverfahren seit 100 Jahren 259* 9.
Hellsehen 15* 201. 69* 258, 259.
Hemichorea 227* 83.
Hemiplegie 182* 220.
Hemmung 9* 118. 21* 295.
Henry Phipps Klinik 69* 255.
Heptephilie 42* 6.
Herborn 270* 90.
Herzkrankheiten 67* 229, 233.
Hessischer Hilfsverein 270* 91.
Hexal 82* 436.
Hexenwesen 81* 426.
Hildesheim 270* 92.
Hirnabszeß 176* 139.
Hirndruck 77* 369.
Hirnembolie 174* 113.
Hirngeschwulst 167* 8. 176* 139. 179* 181. 181* 209.
Hirngewicht 70* 277. 77* 365. 175* 128. 186* 275.
Hirnpunktion 79* 401. 179* 186.
Hirnrinde 172* 84; senile 168* 34.
Hirnschwellung 74* 332. 75* 343. 137* 154.
Hirnsklerose 155* 6, 7, 8. 157* 41.
Hirnstörung und Agonie 173* 105.
Hirnsyphilis 183* 232. 184* 248. 190* 321.
Hirntumoren 170* 63. 173* 100. 174* 120. 177* 159. 188* 302. 189* 306, 309. 190* 316, 325. 191* 329.
Hirnverletzung 184* 241.
Hitzeempfindung 1* 6.
Hördt 270* 93.
Hoffnungslose Geschlechter 77* 362.
Homburg, Pfalz 270* 94.
Homosexualität 12* 168. 36* 14. 43* 22. 27. 78* 377.
Horaz 56* 77.
Hôtel Dieu 258* 36.
Hydrocephalus 156* 12, 173* 99. 180* 190; internus 185* 257. 186* 265.
Hyperthyreoidismus 224* 42 a. 234* 184. 236* 204.
Hypnose 3* 40. 18* 245. 19* 262. 53* 31. 69* 265. 233* 166.
Hypophyse 79* 399. 223* 19. 237* 229; -erkrankung 225* 51. 53. 239* 245.

Hypophysenganggeschwülste 177* 156. 213* 132.
Hypophysentumoren 171* 72. 174* 109. 186* 277. 235* 193.
Hypothermie 178* 164.
Hypothyreoidismus 228* 95. 239* 246.
Hysterie 40* 18, 21. 46* 8. 136* 129. 222* 15. 228* 91. 97. 229* 103, 105, 109. 230* 116, 121. 231* 138. 235* 192.
Hysterische Anfälle 225* 58. 239* 253.

Ich-Problem 9* 127. 28* 389.
Ichthyose 158* 44.
Ichtumsstörungen 80* 408.
Iconoklasten 42* 8.
Ideen, krankhafte 80* 405.
Idiotia amaurotica 156* 13.
Idiotie und Imbezillität 159* 68.
Idiotie, mongoloide 156* 19.
Illusionen 19* 267. 70* 271.
Immunitätsforschung 62* 163.
Impfung 75* 338.
Impressionen und Relevationen 67* 226.
Indiana Hospital 270* 95.
Individualforschung 20* 274. 23* 317.
Individualität 12* 164. 13* 180.
Induziertes Irresein 81* 428. 139* 181. 143* 234.
Infantilismus 61* 143. 156* 24. 159* 63. 223* 31.
Influenza 71* 288. 137* 153.
Innere Kolonisation 62* 154.
Innere Medizin und Psych. 52* 17.
Innere Sekretion 68* 252. 136* 140, 144. 222* 13. 226* 72. 227* 73. 232* 159. 234* 183.
Innervationsstörung 176* 144.
Insel und linke Hemisphäre 172* 89.
Insolation 55* 53.
Intelligenzproblem 17* 235. 24* 328, 334.
Intelligenzprüfungen 11* 148. 17* 231. 25* 342, 343.
Intentionale Sphäre 53* 30.
Interesse, Begriff des 13* 181.
Intoxikationspsychosen 207* 8. 208* 16. 210* 52.
Intraspinale Behandlung 168* 23.
Irrenfürsorge 70* 282. 256* 1, 11. 259* 51.
Irrenrecht 47* 4, 13.
Irrenstatistik 256* 2. 257* 19. 258* 27. 259* 40, 41.
Isenwald 270* 96.

Jodl, Psychologie 18* 248.
Juckgefühl 23* 319. 76* 354.
Jugenderziehung 214* 110.
Jugendgerichte 36* 22.
Jugend-Irresein 83* 451. 131* 52. 136* 128, 131. 138* 162.
Jugendpflege 257* 14.
Jurist und Psychiater 36* 12.

Kant 213* 96.
Kartengeben, psychol. 4* 54.
Katalepsie 131* 53.
Katastrophen 52* 15.
Katatonie 43* 21. 128* 10. 130* 41, 58, 65. 133* 85. 134* 109, 112. 135* 123. 138* 157. 140* 192, 196, 197. 141* 202. 142* 217. 189* 312.
Katatonische Symptome 236* 210.
Katharina von Siena 81* 429.
Kaufbeuren 270* 97.
Kind, Wesen und Entartung 29* 398.
Kinder, anormale 7* 74.
Kinderaussagen 4* 46. 16* 225. 20* 280. 23* 322. 28* 392. 48* 14.
Kinderideale 18* 249.
Kinderleistung 6* 86. 10* 129.
Kinderlernen 12* 166. 14* 118. 17* 238.
Kinderpsychologie 221* 2.
Kinderschlaf 8* 109.
Kinder- und Jugendselbstmorde 7* 92. 57* 93.
Kinder und nächtl. Erschrecken 159* 70.
Kinderzeichnungen 7* 99.
Kindesalter, psychopath. Erkrankungen des 155* 9. 156* 23, 25. 157* 33, 40. 158* 49.
Kindesseele 1* 10.
Kinematograph 11* 153. 24* 332. 36* 174.
Klangkurven 26* 356.
Kleinhirnabszeß 177* 160.
Kleinhirnbahnen 186* 266.
Kleinhirnbrückenwinkel 191* 334.
Kleinhirnkrankheiten 185* 255.
Kleinhirntumoren 175* 130.
Kleinstädter 69* 254.
Kleptomanie 43* 23, 24. 44* 47.
Klimatische Einflüsse 3* 32. 53* 27.
Klinische Mitteilungen (Budapest) 69* 267.
Klinischer Verlauf und anatomischer Befund 71* 294.
Knochenveränderungen 188* 301.
Königsberg 258* 31.
Königsfelden 270* 98.
Körperliche Zeichen 61* 151.



Kolonisierung 256* 10.
Konstanzmethode 3* 36.
Konträre Strebungen 13* 176. 63* 170.
Koordinationsstörungen 7* 91.
Kopfschmerz 231* 140.
Korneuburg 41* 4.
Korrelationsrechnung 6* 76.
Korrigendenuntersuchung 43* 32.
Korsakow-Psychose 127* 5. 208* 25. 209* 37. 214* 108. 222* 11.
Korsakowscher Symptomenkomplex 208* 24. 210* 44. 211* 63.
Kortikale Herde 180* 191.
Kosten 270* 99.
Krampfebehandlung 228* 94.
Kraftsinn 8* 114. 9* 116. 117.
Krallismus 57* 83.
Krankengeschichten 15* 207. 256* 12, 13. 258* 38.
Kreisärzte 257* 26.
Kremsier 270* 100.
Kreosotphosphatparalyse 207* 6.
Kretinismus 158* 42. 159* 66.
Kreuzburg 270* 101.
Kriegsneurologie 234* 182. 235* 199. 240* 253 c.
Kriegsneurosen und -psychosen 51* 7. 53* 24. 56* 64. 58* 109. 69* 257. 79* 392. 83* 444, 445, 446, 454. 128* 18. 129* 28. 137* 144.
Kriegsvorbereitung 50* 6. 134* 99.
Krieg und Seele 26* 367.
Kriminalistik 42* 18.
Kriminalität 25* 35. 41* 2, 5. 43* 26. 44* 36, 37. 142* 220. 158* 49.
Kriminalpsychologie 43* 30.
Kropfproblem 156* 15, 18.
Krücken oder Beine 54* 38.
Kückenmühler Anstalten 47* 9. 159* 59. 271* 103.
Kutzenberg 271* 103.

Lachskonservenvergiftung 208* 11.
Lächerliche, das 56* 73.
Lähmungsirresein 166* 2.
Landrysche Paralyse 176* 146.
Langenhagen 271* 104.
Langenhorn 270* 88.
Lappen und Samojeden 29* 404.
Laryngoskop 11* 147.
Lathyrismus 209* 35.
Lauenburg i. Pr. 259* 48.
Lebensalter, höheres 66* 213. 133* 83. 135* 119.
Leberveränderungen 65* 205.
Lehrer in Heilanstalten 257* 20.
Leibseelenfrage 55* 61.
Leidenschaften 54* 45.
Leitungsaphasie 176* 149. 189* 304.
Leptomeningitis 168* 32.
Lesegeschicklichkeit 25* 349. 27* 380.
Lettre de Suisse 66* 219.
Leubus 270* 105.
Leukozythose 63* 178. 133* 96. 144* 244.
Lewenberg 271* 106.
Lichteinwirkung 12* 160. 55* 33. 70* 280.
Liebe, pathol. 73* 312.
Lindenhaus (Lemgo) 271* 107.
Lipoide Abbaustoffe 183* 226, 228.
Lipps, Theodor 1* 11.
Liquor cerebrospinalis siehe Zerebrospinalflüssigkeit.
Literarische Werke 20* 270.
Lobus frontalis 187* 285.
Lohr a. Main 271* 110.
Lombroso 43* 35. 44* 48. 59* 120.
Lüben 271* 108.
Lüge 6* 77.
Lüneburg 271* 109.
Lues-Paralysefrage 181* 202.
Luetikerfamilien 186* 267.
Luftfahrer 67* 238.
Lumbalpunktion 172* 81. 174* 110. 178* 169. 183* 232 a. 184* 243. 190* 323.
Luminal 68* 245. 227* 76, 79. 228* 88, 96. 231* 131.

Magnesiumsulfatinjektion 80* 414. 142* 227.
Malaria 177* 162.
Manie 128* 20. 135* 127. 138* 163. 141* 213.
Manisch-depressives Irresein 127* 4. 129* 24, 25, 34. 130* 38, 48. 132* 68. 133* 97. 139* 172, 173. 142* 223, 226.
Mariaberg 271* 111.
Markscheidenschnellfärbemethode 186* 278.
Marsberg 259* 46.
Massensuggestion 79* 398.
Masturbation 50* 2. 84* 458.
Mathematische Aufgaben 26* 360, 364.
Mayer, Robert Julius 63* 181.
Medienforschung 14* 196. 42* 19.
Medinal 75* 334.
Med.-psycholog. Unterricht 4* 41. 54* 37.
Melancholie 78* 389. 128* 15. 136* 132. 138* 166. 139* 180. 182. 142* 218.



Mendelsches Gesetz 52* 20. 75* 342. 77* 360. 130* 49. 158* 47.
Meningitis 170* 54 a. 173* 101. 184* 237. 188* 293.
Menstruationspsychosen 73* 309. 132* 72. 138* 169.
Merkfähigkeit 13* 177, 184.
Mesenchymalnetz 74* 327.
Metaphern 25* 348.
Meteoristische Unruhe 231* 144.
Meteorologische Praxis 2* 23.
Methylalkohol 214* 101, 113.
Militärpsychiatr. Stationen 51* 11.
Mills, John Stuart 28* 389.
Minderwertige 37* 23.
Mnemometer 18* 251.
Mongolismus 157* 39. 158* 45.
Monochromatische Töne 14* 187.
Monoplegie 223* 25.
Moralischer Schwachsinn 43* 25. 45* 53. 134* 105.
Moralpsychologie 4* 48. 8* 101.
Morbus Basedowii siehe Basedowkrankheit.
Mord 44* 41. 45* 52.
Moritz Weiß-Reaktion 57* 82.
Morphinismus 210* 53. 211* 64. 212* 76.
Morphiumentziehung 208* 23.
Moskau, Psych. Klinik 76* 350. 214* 102.
Motorische Sprachbahn 180* 188.
Münsterlingen 271* 112.
Multiple Sklerose 167* 9. 170* 55, 56, 57. 171* 71. 173* 94. 176* 141. 182* 213. 187* 288. 188* 295. 191* 330.
Musik 1* 9. 2* 22. 22* 310.
Muskelatrophie 172* 82.
Mutismus 186* 271.
Mutistisches Denken 130* 51.
Myatonia congenita 188* 296.
Myopathie 169* 50.
Mystikerin 84* 459.
Mystische Heilmethode 36* 10.
Mythomanie 232* 155.
Mythos 10* 131.

Nachahmung und Nachfolge 8* 103.
Nachtwandeln 235* 201.
Napoleon Bonaparte 60* 139, 140.
Narkotika 210* 51.
Negativistishe Erscheinungen 9* 120. 59* 117. 131* 59.
Neger 60* 132.
Neosalvarsan 167* 15, 20. 171* 70. 179* 177, 178. 180* 300. 212* 74.
Nervenpathologie 56* 80. 226* 68.
Nervöse und psychotische Zustände 13* 171. 62* 167. 232* 212.
Neuralgien 239* 253 b.
Neurasthenie 49* 6. 223* 18, 24, 30. 224* 33, 45. 231* 129. 233* 161. 236* 207. 239* 251 a. 240* 255.
Neurosen, allg. 237* 223.
Neurosen, traumatische 49* 1, 5, 7, 10. 235* 200, 203. 237* 226. 239* 247, 253 a.
Neurosenforschung 221* 2.
Neustadt i. Holstein 271* 113.
Neustadt, Westpr. 271* 114.
New Jersey State Hospital 271* 115.
Niedernhart in Linz 271* 116.
Niederösterreichische Anstalten 271* 117.
Nitrobenzolvergiftung 219* 40.
Nitröse Gase 213* 99.
Nordamerika 256* 7.
Normandie 260* 56.
Nukleinsäureinjektion 61* 147. 132* 78. 137* 151.
Nystagmus 71* 286. 77* 364.

Oberflächenkarzinom 257* 18.
Obrawalde 272* 118.
Omagh District Asylum 258* 34.
Ophthalmoplegie 187* 284.
Opiumproblem 55* 59.
Orthopädische Behandlung 223* 28.
Osnabrück 177* 155. 272* 119.
Osteomalazie 76* 358. 77* 359. 140* 193.
Ostpreußische Anstalten 272* 120.
Otto Ludwig 63* 180.
Owinsk 272* 121.
Oxyproteinsäure 181* 201.
Oxyzephalie 56* 68.

Pädagogik 11* 152. 16* 224. 19* 257. 62* 155. 63* 171.
Pankreas 72* 308.
Pantopon 58* 110.
Paracodin 53* 22.
Paradoxon Müller-Lyer 24* 337.
Parallelismus 13* 178.
Paralyse 7* 96. 40* 20. 166* 1, 3. 167* 12. 168* 25, 27. 169* 38, 39, 48, 49. 170* 59, 61, 64. 171* 67, 69, 79. 173* 96, 102 a. 175* 126. 176* 112, 143, 145, 147. 177* 153, 155. 178* 162 a, 170. 179* 183, 184. 180* 196. 181* 204. 182* 215, 216, 219, 221, 225. 183* 226. 184* 244, 245. 185* 263.



187* 281, 282, 287. 189* 308. 190* 324, 326.
Paralyse, juvenile 179* 175. 180* 199. 182* 222. 186* 268.
Paralysis agitans 138* 165. 168* 33. 223* 32. 232* 149. 233* 164. 238* 241, 242. 239* 248. 240* 254.
Paranoia 24* 336. 40* 22. 127* 1. 128* 16. 131* 56. 133* 82, 94. 136* 136. 139* 179. 141* 203, 205, 209. 142* 221, 225. 212* 86. 236* 211.
Paranoide Erkrankungen 134* 110. 212* 77.
Paraphrenie 132* 73. 134* 106, 108. 139* 171.
Paris 257* 23.
Parkinsonsche Krankheit 224* 44, 46.
Pavlow, Studien nach 6* 80.
Pellagra 207* 1. 209* 39, 43. 210* 48. 212* 75, 80, 81. 213* 89. 214* 105.
Pellagrapsychosen 209* 31, 32.
Periodischer Anfall 128* 21.
Perseveration 1* 5. 21* 288.
Persönlichkeit 66* 211. 82* 438.
Persönlichkeitsbewußtsein 22* 298. 23* 324. 52* 5. 60* 136. 63* 168. 70* 274. 73* 310. 76* 347.
Perspektivische Täuschungen 29* 400.
Peters und Němĕcek, Arbeiten von 21* 285.
Pflegepersonal 259* 42. 260* 54, 63.
Pforzheim 260* 52.
Pfropfhebephrenie 143* 237.
Phänomenologie Husserl 19* 256.
Phantasten 39* 6.
Phenoval 67* 236. 76* 353.
Philosophie und Psychologie 13* 174.
Phonetik 20* 276.
Physische und psychische Beziehungen 23* 316.
Pia mater 179* 176 a.
Plagwitz (Bober) 259* 44.
Planimetrische Messungen 63* 179.
Poetisches Gleichnis 10* 130.
Poliomyelitis 177* 151, 152.
Pollardsystem 47* 1.
Polyglanduläre Erkrankungen 225* 52, 53.
Polyneuritis 212* 74. 225* 59 a.
Porenzephalie 177*, 154. 189* 310.
Poriomanie 159* 60.
Prätabes 167* 6.
Préfargier 272* 122.
Presbyophrenie 167* 7.
Problem der Strafe 17* 232.
Prophylaxe 52* 23. 60* 126.
Prosekturen 260* 62.
Prostituierte 62* 161. 183* 229.
Proteolytische Fermente 73* 313.
Protoplasma 74* 321.
Protozoen 22* 301.
Pseudobulbärparalyse 186* 276.
Pseudodemenz 36* 20.
Pseudologia phantastica 136* 130.
Pseudomyotonie 183* 231.
Pseudosklerose 182* 212.
Pseudotabes pituaria 181* 210.
Pseudotumoren 183* 230.
Psychiatrie 36* 8. 48* 10, 11. 50* 1. 52* 11. 56* 69. 66* 216. 74* 329. 76* 345. 82* 441.
Psychiatrie, Lehrbuch der 25* 354. 80* 406; Leitfaden 63* 182.
Psychiatrie und Krieg 54* 46, 47.
Psychiatrische Diagnostik 60* 134. 74* 326.
Psychiatrische Klinik und Gemeinde 73* 311.
Psychoanalyse 4* 49, 7* 88. 13* 183. 14* 189, 194. 18* 247. 22* 307. 26* 361. 27* 382. 36* 19.
Psychobiologie 58* 108.
Psychogalvanischer Reflex 18* 254.
Psychologie 2* 17. 3* 34. 4* 44. 5* 60. 6* 84. 10* 140. 14* 190. 15* 199. 18* 225. 20* 275. 23* 321. 25* 341.
Psychologie des Denkens 15* 209, 210. 18* 246.
Psychologie Lotze, Fechner, Helmholtz, Wundt 10* 140.
Psychologie und Philosophie 7* 87. 18* 244. 26* 362.
Psychologie und Psychiatrie 21* 286. 26* 362.
Psychologie und psychologische Pädagogik 18* 225 a. 29* 403. 409.
Psychologie und Rechtswissenschaft 28* 397.
Psychologische Forschung 3* 39. 7* 100. 8* 107. 16* 215. 18* 248. 25* 340, 352, 355. 27* 371. 28* 388, 397. 29* 408.
Psychoneurosen 54* 50. 56* 74. 61* 141. 82* 430.
Psychopathia gallica 67* 237.
Psychopathien 83* 457. 143* 242.
Psychopathologie 28* 386.
Psychophysik 17* 239.
Psychophysiologie Gall 54* 43.
Psychose, Inhalt der 130* 44. 134* 101.
Psychosen 52* 16. 63* 183. 64* 188. 130* 44. 139* 178.

Psychosen, akute 130* 42. 131* 62. 132* 70.
Psychosen, atypische 190* 314.
Psychosen der nephritischen Gruppe 72* 298. 138* 164.
Psychosen, dysglanduläre 131* 55.
Psychosen, funktionelle 127* 2.
Psychosen, hysterische 132* 75. 228* 100. 233* 173.
Psychosen, juvenile 130* 43.
Psychosen, paranoide 128* 14. 141* 211, 212. 143* 241. 236* 217, 218.
Psychosen, posteklamptische 230* 122.
Psychosen, relative 75* 337.
Psychosen, senile 78* 381. 166* 5. 182* 223. 185* 262. 187* 288 a., 289.
Psychosen, toxisch-infektiöse 210* 52.
Psychosen, traumatische 53* 33. 54* 44. 58* 98. 79* 395. 128* 12.
Psychosen und innere Erkrankungen 74* 326. 139* 174.
Psychotherapie 17* 236. 53* 28. 59* 122. 60* 131. 79* 394. 81* 427.
Pubertät 19* 269. 65* 209. 70* 273. 72* 302.
Pubertätspsychosen 138* 167. 140* 195.
Puerperalpsychosen 130* 37. 139* 90, 183.
Pupillenreaktion 58* 101. 76* 356. 77* 361. 131* 57. 139* 177.
Pupillenstarre 181* 206.
Pupillenstörungen 181* 203.

Quecksilbervergiftung 209* 33.
Querulantenwahn 39* 7. 51* 10. 130* 47. 134* 107.
Quinkesche Krankheit 187* 284.

Radiumbromid 130* 42.
Räsonnement 22* 300.
Rasemühle 272* 123.
Rassenfrage 59* 125. 67* 228. 80* 411. 83* 448. 129* 26.
Raynaudsche Krankheit 157* 38.
Reaktionszeiten 12* 158.
Reaktive 22* 296.
Rechenkünstler 1* 4.
Rechnen 11* 145. 16* 221. 24* 333. 25* 346.
Rechtspsycholog. Experiment 15* 203.
Recklinghausensche Krankheit 155* 8.
Reflexauslösung 238* 236 a, 236 b.
Reflexe 52* 6. 56* 75. 70* 278.
Religiöse Wahnbildung 129* 36. 138* 166. 142* 214. 237* 219.
Religionspsychologie 17* 229. 25* 347. 29* 399.
Retrograde Amnesie 71* 285. 83* 447.
Rheinischer Hilfsverein 272* 125.
Rheinprovinz, Anstaltsberichte 272* 124.
Rindenepilepsie 223* 29. 225* 50.
Rockwinkel 272* 126.
Roda 272* 127, 128.
Romanische Sprachen 27* 378.
Rosegg 272* 129.
Rückschlagsbildungen 61* 146.
Rufach 272* 130.
Russ.-Japan. Feldzug 50* 3.

Sachsen 256* 3.
Sachsenberg 272* 131.
Sachverständige 35* 5.
Säuglingsmyxödem 157* 26.
Saitengalvanometer 54* 49.
Salute del pensiero 52* 10.
Salvarsan 166* 4. 167* 11. 169* 40, 46. 170* 62. 174* 115, 118. 175* 133. 178* 172, 173, 174. 185* 259. 186* 272. 187* 283. 190* 322. 191* 327, 335.
Sanatorienluxus 259* 45.
Saturnismus 207* 9.
Schädelabnormitäten 78* 387.
Schädelinhalt 57* 91. 140* 187.
Schädelmasse 191* 333.
Schätzen von Mengen 17* 226.
Schallintensitäten 29* 405.
Schallreize 15* 200.
Scheidungswahn 43* 31.
Scheinbewegungen 3* 31.
Scheingefühle 9* 124.
Scheitellappengeschwülste 190* 319.
Schiffskatastrophen 62* 158. 66* 224.
Schilddrüse 231* 133.
Schizophrenie 128* 19. 132* 77. 140* 186, 188, 194. 141* 206. 142* 220, 224. 236* 208, 213.
Schizothymie und Zyklothymie 134* 113. 135* 114, 115, 116.
Schlaf 56* 78; kontinuierlicher 57* 94.
Schlaflosigkeit 59* 118. 226* 60. 227* 80.
Schlafmittel 57* 87.
Schlafstörungen 61* 144.
Schleswig 272* 132. 273* 133.
Schreiben und Schrift 12* 170. 28* 395. 231* 145.
Schülerindividualitäten 8* 104.
Schulgedanke und Zweckmaxime 20* 273.

Schwachsinn, Schwachsinnigen-Erziehung, Fürsorge 39* 14. 54* 41. 68* 242. 143* 236. 155* 3. 156* 10, 11, 14. 157* 27, 30, 31, 34, 37. 158* 43. 159* 61, 67, 69; in Nord-Amerika 155* 4, 5. 156* 20, 21. 157* 28, 29, 32 158* 46, 48.
Schwangerschaftspsychosen 170* 55 a. 191* 33.
Schwetz 273* 134.
Schweiz 258* 27.
Scotland 273* 135.
Sedobrol 66* 220. 225* 59. 234* 179. 236* 214.
Seelenfrage 9* 126. 10* 134. 17* 237.
Seelenstörungen, periodische 144* 245.
Seelische Vorgänge und körperliche Erziehung 16* 223.
Seherin von Genf 8* 106. 27* 374.
Sehvermögen 2* 14, 15. 12* 162. 26* 368.
Seinsbewußtsein 12* 163.
Selbstbefreiung 223* 23.
Selbstbezichtigung 11* 149. 46* 2. 208* 26.
Selbstmord 44* 38. 51* 9. 58* 106. 230* 117 a.
Selbstverstümmelung 156* 22.
Sella turcica 226* 71.
Seniles Gehirn 188* 294. 190* 315.
Sensibilität 58* 95.
Serologie 52* 9. 58* 96, 97, 99, 102. 62* 165. 80* 407. 166* 4 a.
Sexualität 19* 263. 42* 13. 78* 338. 141* 207. 231* 142.
Sexualwissenschaft 37* 24.
Sexuelle Manie und Alkohol 213* 88.
Siebzehnjährige, die 10* 132.
Simulation 36* 13, 16, 17, 18. 39* 11. 49* 2, 4, 8. 238* 234.
Sindsygebehandlingen 66* 212.
Sinnenwelt und Ideenwelt 26* 369.
Sinneseindrücke 3* 33.
Sittlichkeitsvergehen und -verbrechen 26* 336. 39* 3, 4. 42* 14.
Sklerose 167* 14. 178* 165.
Soldat, der 29* 402.
Soldat Masetti 51* 8.
Sonderlinge 66* 214.
Sonnenhalde 273* 136.
Sonnenstich 129* 23. 139* 184.
Soziale Lage 82* 442.
Soziale Medizin 49* 3.
Soziale Physik 22* 303.
Soziologie der Leiden 70* 272.
Spekulation und Mystik 19* 266.
Sphärotrichie 186* 274.
Spina bifida 76* 357.
Spirochaete 171* 75. 177* 161. 178* 171. 179* 180. 180* 195.
Sprache, Sprachvorgänge 7* 89, 89 a. 10* 133. 29* 40. 71* 289. 79* 403. 181* 210 a.
Stauungspapille 176* 137.
Steinmühle 273* 138.
Stephansfeld 273* 137.
Stereoagnosie 62* 160.
Sterilisation 73* 315.
Stetten 273* 139.
Stickstoffausscheidung 222* 4. 238* 237.
Stimulierung 4* 55.
Stirnhirnschüsse 175* 134. 185* 256.
Stockhard, exper. Versuche nach 207* 5.
Stoffwechsel 81* 417.
Stottern 222* 10. 238* 238, 240.
St. Pirminsberg 273* 140.
Strafgesetzbuch 36* 11, 21.
Strafgesetzreform 36* 16. 39* 10. 47* 7, 8.
Straftat 9* 123.
Strafzeit und Anstaltsaufenthalt 39* 16.
Strangulation 62* 157. 80* 412.
Strecknitz-Lübeck 260* 57. 273* 141.
Strelitz (Alt) 273* 142.
Strychnin 21* 291.
St. Urban 273* 143.
Suggestion 12* 165, 169. 62* 166.
Swift-Ellis-Methode 171* 66. 180* 197.
Symmetrische Gangrän 78* 376.
Synästhesien 63* 172.
Synergiereflexe 66* 215.
Syphilis 136* 143. 169* 41, 43, 52.
Syphilis des Nervensystems 171* 74. 173* 97. 174* 106. 180* 189, 192, 200. 183* 234. 188* 292. 189* 305. 190* 326, 326 a.
Syphilispsychosen 169* 47. 176* 140. 178* 163.

Tabak 208* 12, 212* 72; -vergiftung 209* 27.
Tabes 131* 60. 145* 232. 167* 10, 16. 172* 83. 175* 123. 186* 270. 190* 320.
Tänze 55* 54.
Tätowierung 42* 15.
Tannenhof 273* 144.
Taschenspieler 1* 8.
Tatbestandsermittlung 11* 155, 156.
Taubstumme Schüler 17* 228.
Tay-Sade 156* 13.

Temperaturmessung 76* 352.
Teratoide Geschwülste 175* 125.
Tetanie 228* 90. 229* 107.
Tetanus 231* 139.
Thalamus opticus 188* 297.
Therapie und psychiatrische Klinik 68* 243.
Thermische Reize 21* 293.
Thiokoltherapie 64* 187.
Thymusreduktion 228* 98.
Thyreoiditis 224* 41.
Tick 229* 110 a. 235* 202.
Tierversuche, psychol. 6* 85, 68* 244. 79* 397.
Todesfälle, plötzliche 65* 204.
Tonische Krämpfe 223* 21.
Tonstudien 2* 19, 20. 3* 27. 14* 186, 195. 17* 227. 26* 357.
Tost 273* 145.
Toxine 72* 299.
Transvestiten 46* 10.
Traum 1* 1. 11* 157. 14* 188. 18* 234. 53* 26.
Traumdeutung 6* 73. 8* 112. 20* 279. 23* 320. 25* 350.
Treponema 167* 17, 178* 166, 168.
Trigeminuslähmung 233* 174.
Trinken, vom 213* 92.
Trinkerfürsorge 207* 4. 210* 56. 214* 109, 111.
Trinkerhalluzinose 209* 34.
Trinkerneurose 208* 15.
Trionalvergiftung 211* 66.
Tropen 55* 51. 83* 455.
Trunksucht 46* 7. 213* 93.
Tryponosomyasis 186* 269.
Tuberkulinbehandlung 174* 119. 182* 218. 183* 227.
Tunichtgut 44* 42.
Typenlehre Rutz 23* 318.

Uchtspringe 260* 59.
Unbewußte, das 28* 393.
Unkultur 65* 203.
Ureabromin 236* 216.
Urteilsfindung, richterliche 11* 154.
Utrecht 257* 16.

Valamin 53* 35.
Valsala-Morgagnisches Gesetz 57* 88.
Vegetative Zentren 233* 166.
Verantwortlichkeit 39* 2, 15.
Verblödung 184* 251.
Verbrechen, Verbrecher 13* 179. 22* 306. 35* 1. 40* 24, 27. 41* 3. 43* 33, 34, 35. 44* 39. 45* 50, 51. 47* 3.
Verbrecheropfer 128* 13.
Verdauung 5* 69.
Verfolgungswahn 130* 46. 132* 80. 139* 175.
Vergessen und Erinnern 2* 21.
Vergiftungserscheinungen 208* 11. 211* 70.
Verkehrsrecht 48* 15.
Veronalvergiftung 208* 21. 209* 30, 38. 211* 65. 212* 82. 213* 90.
Verwirrtheit 129* 29. 130* 39. 137* 155. 181* 207. 231* 137.
Vestibular-und Kleinhirnerkrankung 188* 291.
Vier Reaktionen 182* 217.
Villa oder Kolonie 259* 50.
Völkerpsychologie 5* 59. 26* 367 a. 65* 70.
Vokalklang 3* 27.
Volksnervenheilstätten 256* 5.
Volksschulkinder 20* 282. 23* 325.
Volksschullehrer 75* 340. 235* 198.

Wahlreaktion 3* 36. 18* 253.
Wahnvorstellungen 5* 72. 15* 211. 52* 7, 14. 135* 117, 120. 142* 219.
Wahrheit und Wahrscheinlichkeit 4* 45. 35* 2.
Wahrnehmung 15* 205. 25* 345.
Waldau, Münsingen, Bellelay 273* 146.
Waldhaus 273* 147.
Waldkrankheit 67* 225.
Wassermann-Reaktion 59* 114. 168* 22. 169* 51. 171* 78. 174* 108. 177* 154. 181* 208. 184* 247. 189* 303. 234* 187.
Wehnen 273* 148.
Weibliche Pflege, Männerseite 257* 17.
Weichardtsche Reaktion 61* 148. 132* 79.
Weilmünster 273* 149.
Westfälische Anstalten 274* 151.
Wiedererkennen 11* 151.
Wil 274* 152.
Willensfreiheit 4* 51. 14* 197. 28* 390. 36* 15.
Willenshandlungen 2* 24. 4* 43.
Wilsonsche Krankheit 189* 307.
Wortblindheit 27* 377. 53* 29.
Würzburg 258* 29.
Wundt 10* 141.
Wurm, Fall 42* 12.

Zahlvorstellungen, Zählversuche 4* 50 6* 75. 8* 108. 10* 142. 16* 220. 22* 303. 24* 327.



Zahnärztliche Behandlung 258* 28.
Zeichnen 20* 281.
Zeitbewußtsein 5* 61. 15* 212. 21* 289, 292.
Zensurenstatistik 15* 202.
Zentralnervensystem 183* 233. 185* 253.
Zerebraldegeneration 53* 21.
Zerebrale Lähmungen 223* 27.
Zerebralgefäße 76* 349.
Zerebrospinalflüssigkeit 57* 85. 60* 128, 130. 65* 202. 70* 279. 71* 284. 167* 21. 168* 26, 35. 169* 36, 37. 171* 68, 76. 172* 92. 173* 95. 175* 122, 132. 177* 158. 179* 179. 180* 193, 194, 198. 188* 298. 189* 311. 313.
Zeugenaussage 19* 264. 24* 338. 46* 4.
Zivilisation 81* 423.
Zschadraß 257* 17.
Zuchthausgefangene 44* 49.
Zurechnungsfähigkeit 39* 6, 8. 40* 25, 26, 28. 44* 39. 46* 4.
Zwangsvorstellungen 39* 13. 59* 111. 64* 195, 197. 80* 404. 83* 453. 127* 3. 142* 222.
Zwei Faktoren 25* 344.
Zweihändigkeit 17* 240.
Zyklophrenie 140* 190, 191.
Zyklothymie 143* 243.

2. Autorenregister.

Aal 1*.
Abbot 127*, 221*.
Abderhalden 51*.
d'Abundo 166*.
Adler 221*.
Adler u. Furtmüller 11* 51*.
Ahrens 1* 166*.
Aimé 221*.
Alberti 52*.
Albrecht 52* 127*.
Alessandrini u. Scala 207*.
Allamon 127*.
Allers 127* 221*.
d'Allonnes 1*.
Alrutz 1*.
Alt, Ferd. 1*.
Alt, Rud. 256*.
Alter 52* 155* 166* 256* 271* 107.
Alter u. Thumm 222*.
Ament 1*.
Ammann 222*.
Anile 52*.
Ansalone 166*.
Anschütz 1* 2*.
Anton (Halle) 52* 222*.
d'Antona 222*.
Antoni 52* 167* 222*.
Aronsohn 222*.
Arsimoles 127* 122*.
Arsimoles u. Halberstadt 41* 128*.
Arsimoles u. Legrand 128* 167* 122*.
Arten 167*.
Ash 2*.
Auer 222*.
Auerbach 167*.
Auerbach u. Großmann 222*.
v. Aufseß 2*.
Augstein 2*.
Austregésilo 207* 222*.

Baade 2*.
Baecker, Hans 207*.
Bagenoff 52* 128*.
Bagliani 2*.
Bahr 128*.
Baley 2*.
Ballard 2*.
Ballet 41*.
Ballet u. Génil-Perrin 2* 155*.
Balthazard 1o7*.
Balz 2*.
Bancroft 52*.
Banse 128*.
Banse u. Roderburg 167*.
Barakov 222*.
Barkan 222*.
Barker 52*.
Barnes jun. 155*.
Barness 223*.
Barr 155*.
Barret 52*.
Bashenoff u. Marie 128*.
Batten 53*.
Bauch 2*.
Bauer, J. 223*.
Bauer, O. 47*.
Baugwitz 128*.
Baumann 53*.
v. Bayer 167*.
Bayerthal 53*.
v. Bechterew 41*.
Beck 2*.
Becker (Herborn) 53* 128*.
Becker, Theophil 128*.
Becker, W. 167*.
Becker, W. J. 128*.
Beelitz 273* 144.
Behn 2*.
Beling 223*.
Benders 223*.
Benedikt 53*.
Benjamins 3*.
Benning 272* 126.
Benninghaus 128*.
de Benoit 207*.
Benussi 3*.
Berg 155* 167*.
Berger 167*.
Berghan, Heinr. 223*.
Bergmann, W. 223*.
Beriél 167*.
Beriél u. Durand 167*.
Berillon 223*.
Berliner, Anna 3*.
Berliner, B. 3* 53*
Berliner, M. 223*.
Bernhardt, M. 256*.
Bernhardt, W. 223*.

Bernheim 53* 167*.
Bertholet 207*.
Bertolani 207*.
Berze 3* 53* 128*.
Besgmark 223*.
Beutler 167*.
Biach u. Kahler 167*.
Bickel 3*.
Bielschowsky 155*.
Bierende 155*.
Biesalski 223*.
Bikelas u. Zbyszewski 223*.
Billings 3*.
Bing 53*.
Bingler 223*.
Binhold 53*.
Binswanger, L. 3*.
Binswanger, O. 53*.
Birnbaum, K. 35* 128*.
Birnbaum, R. 53*.
Bisch 156*.
Bischoff u. Lazar 41*.
Bisgaard u. Korsbjerg 53*.
Bjerre 3* 53*.
Blachian 270* 86.
Blanck, Wilh. 223*.
Bleuler 4* 54* 128* 156* 269* 72.
Bloch u. Vernes 167*.
de Block 207*.
v. Blomberg 156* 270* 99.
Blondel 54*.
Blüwstein 223*.
Boas 42* 168*.
Bock 54*.
Bode 4*.
Boden 4* 35*.
Bodenstein 224*.
Börger 54*.
Boggs u. Snowden 168*.
Boigey 42* 54*.
Bolten 128* 224*.
Bonhoeffer 54* 168* 207*.
Bonhomme 128* 168*.
Bonvincini 54*.
Boring 129*.
Bornstein u. Sänger 54*.
Bourdon 4*.
Boveri 168* 207*.
Bovet 4*.
Boyle 54*.
Brahn 4*.
Brandenburger 4*.
Brandt, Hanna 224*.
Braune 269* 74.
Brdlýk 224*.
v. Brero 55*.
Bresler 55* 256*.
Briand 224*.
Briand u. Fillasier 207*.
Briand u. Salomon 42*.
Briese, Fritz 55* 129*.
Brill 55*.
Brinkmann, Joh. 55*.
Brissot 168*.
Brissot u. Bourilhet 224*.
Brown, S. 129*.
Bruce 129*.
Brückner 55* 168*.
Brümmer 272* 148*.
Brünger, Herm. 224*.
Bruhn 5*.
de Bruin 156* 224*.
v. Bruns 55*.
Buchenau 5*.
Buckley 224*.
Bucura 224*.
Budal 129*.
Bühler 5*.
Bürgi 55*.
Bufe 55*.
Buła 224*.
Bundschuh 55*.
Bunnemann 55*.
Burr 35* 55* 129* 168* 208*.
Burry 224*.
Busch, Paul 224*.
Buschan, Georg 56* 129*.
Bush 208*.
Buttenberg 269* 81.
Bychowski 168*.
Byloff 5* 42*.

Cáda 156*.
Camp 168*.
Cannon 5*.
Capgras 129*.
Capgras u. Morel 129*.
Carlisle 56*.
Ceni 56*.
Charon 156*.
Charon u. Courbon 56*.
Charpentier 49* 129*.
Chaslin 56*.
Chiray 224*.
Chittenden 56*.
Chmiel 5*.
Christinger 225*.
Chvostek 225*.
Ciarla 168*.
Claparède 5*.
Claude 168*.
Claude u. Rouillhaud 169*.
Clouston 208*.
Cobb 5*.
Coburn 5*.
Cöbben 208*.
Coenen 225*.
Cohen, Ludw. 169*.
Cohnheim 5*.
de Coïnis u. Frank 169*.
Colin 56*.
Collet 169*.
Collin 169*.
Collins 169*.
Conrad, O. 70*.
Consiglio 50*.
Coriat 129*.
Corson White u. Ludlum 169*.
Cotton 271* 115.
Courbon 5* 56* 129*.
Courtenay 56*.
Craemer 5* 129*.
Craig 169*.
Crenstaw 6*.
Cristiani 46*.
Crocq 56*.
Cromer, Dietrich 130*.
Crothers 208*.
Cuneo 130*.
Curwen 256*.
Cushing 225*.
Cutting u. Mack 169*.
Cygielstreich 56* 130*.
Czéhai 225*.

Dabelstein 271* 113.
Damaye 169* 208* 225*.
Damaye u. Marangé 225*.
Dana 56* 169*.
le Dantec 56*.
Darling, S. T. 208*.
Darling u. Newcomb 169*.
Daumier u. Voivenel 56*.
Davidsohn, J. 225*.
Davis 169*.
Davol 208*.
Debenedetti u. Olivieri 170*.
Decroly 156*.
Decroly u. Dechamps 6*.



Dees 269* 83.
Dejerine 56*.
Delbrück 269* 78.
Demay 42*.
Demole 56* 57* 208*.
Denk 225*.
Dercum 170*.
Dessecker, Karl 225*.
Deuchler 6*.
van Deventer 256*.
Devine 130*.
Deway 130*.
Dexler 57*.
Dick 208*.
Diemitz u. Fries 57*.
Dierling 208*.
Dieterle, Hirschfeld u. Klinger 156*.
Dinter 271* 105.
Dluhosch 272* 118.
Dobre, Marie 6*.
Dölges 170*.
Doflein, F. 6*.
Doinikow 170*.
Dolega, Herbert 156*.
Dolenc 42*.
Doll, E. 6*.
Domenici, Marchand u. Petit 130*.
Dominik, Heinr. 208*.
Donath 225*.
Doutchef-Dezeuse 6*.
Dreyfus u. Schürer 225*.
Dreyfus u. Traugott 170*.
Drigalski 6*.
Drysdale 130*.
Dubois 6* 226*.
Ducosté 226*.
Dück, Joh. 6*.
Dürr, E. 6*.
Dürr, Wilh. 208*.
Dütemeyer, Hermann 226*.
Dufour 208*.
Duge, Bruno 130* 170*.
Dumas u. Laignel-Lavastine 57*.
Dunlap 6* 170*.
Dunton 57*.
Dupré u. le Savoureux 208*.
Dupouy 130*.
Dynan 226*.

Eager 57*.
Ebbinghaus 6*.
Ebstein, E. 57*.
v. Economo 130*.
Edenharter 270* 95.
Edinger 6* 57*.
Egenberger 6*.
Eha, Karl 130*.
v. Ehrenwall 226*.
Ehrhardt 170*.
Ehrlich 170*.
Eichelberg 170*.
Eisath 57* 256*.
Eisenmeyer, J. 7*.
Elmiger 130*.
Eltester u. Schröder 226*.
Elzholz 42*.
Emerson 130*.
Eng, Helga 7*.
Engel 49*.
Engelen 7*.
Engelhardt, C. F. 226*.
Entres 57*.
Eppelbaum-Strasser 130* 131*.
Epstein, Ladislav 57*.
Erb., Wilh. 226*.
Erdmann 7*.
Ermakow 131*.
Ernestus, W. 170*.
Ernst 7*.
Eschle 7*.
Eskuchen 170* 171*.
Etienne 226*.
Eulenburg 7* 57*.
Eulenburg u. Bloch 37*.
Ewald 49*.

Fabritius 58*.
Fanciulli 7*.
Fankhauser 131*.
Farrant 226*.
Faucault 8*.
Fauser 58* 131*.
Favarger 209*.
Fearnsides 226*.
Federn 7*.
Fehr, Heinrich, 49*.
Feige, W. 58*.
Feilbach, W. 7* 171*.
Feiler 171*.
v. Feilitzsch 58*.
Feleky, Antoinette 7*.
Ferenczi 131*.
Fernald 156*.
Fernberger 7*.
Ferrari, G. C. 256*.
Ferrari, Manlio 209* 226*.
Ferrari, P. 7*.
Finkenbinder 7*.
Firth 58* 131*.
Fischer, A. 8*.
Fischer, E. D. 171*.
Fischer, J. 226*.
Fischer, J., u. Fischer, H. 227*.
Fischer, Max 256*.
Fischer, O. 38* 171*.
Fischer u. Triebenstein 227*.
Fitt 8*.
Flaig 209*.
Flaschen 171*.
Fleischer, Bruno 171*.
Flesch 171*.
Flinker 39*.
Flister 257*.
Flournoy 8*.
Fontanesi 58*.
Fordyce 171*.
Forniggini 8*.
Forster 58*.
Forster u. Tomaszewski 171*.
Fouilloux 8*.
Fox 8*.
Frank, Ludwig 42*.
Frankenhauser 58*.
Franz, O. 8*.
v. Franzoni 209*.
Fraser 209*.
Frazer 209*.
Frazier 171*.
Freimuth 58*.
Freud 8*.
v. Frey, M. 8* 9*.
v. Frey, W. 58*.
v. Frey u. Goldmann 9*.
Freyer 58*.
Friedemann 58*.
Friedemann u. Kohnstamm 227*.
Friedländer 58* 227*.
Friedmann 59* 209*.
Frings 9*.
Froehlich, E. 59*.
Fröhlich, W. 9*.
Frölich 270* 98.
Fröschels 171*.
Frommer 131*.
Frowein, Otto 209*.
Fuchs, A. 59* 171*.
Fuchs, Alfred 227*.
Fuchs u. Freund 59*.

Fuchs, W. 59* 227*.
Fuller 171*.
Fumarola u. Zanelli 209*.

Gallinger 9*.
Gallus 9* 59* 131*.
Gans 9* 172*.
Gastinel 172*.
Gauer, W. 172*.
Gault 9*.
Gaupp (Tübingen) 59* 257*.
Gaupp, Goldscheider u. Faust 227*.
Gaußelmann, Joh. 131* 172*.
Geigel 59*.
Geiger 9*.
Gemell 227*.
Gemelli 9*.
Génil-Perrin 59* 156*.
Gerstenberg 270* 92.
Gerstmann 172*.
Gerwer 209*.
Gettings 59*.
Geyser 9*.
Giannuli 172* 209*.
Giese 9*.
Gießler 131*.
Glaser, A. 172*.
Glaser, O. 172* 209*.
Glaserfeld 227*.
Goddart 9*.
Goebel 172*.
Göring 35* 42*.
Gött 59*.
Golch, Fr. 227*.
Goldberger 209*.
Goldbladt 59*.
Goldstein, Kurt 172* 227*.
Goldstein, M. 172* 227*.
Goldstein u. Frida Reichmann 131*.
Golla 59* 131*.
Golsong 39*.
Goodal u. Schölberg 172*.
Goodhue 59*.
Goodner 60*.
Gordon 60* 132* 172* 228*.
Gorski 132*.
Gotthold 42*.
Gottschalk 228*.
Gouet 60*.
v. Grabe 47*.
Grabi 228*.
Graetzer, A. 173*.
Grafe u. Homburger 209*.
v. Graff u. Novak 228*.
Grahe 60* 173* 228*.
Grant 228*.
Graßmann 35*.
Graumaußl 10*.
Graves 228*.
del Greco 60*.
Greef 210*.
Green 60*.
Gregor 60*.
Gregory 132*.
Greppin 272* 129.
Grey 60*.
Grigorescu 228*.
Grimme 132*.
Grober 60*, 132* 228*.
Groos, Karl 10*.
Groß 272* 130.
Gruber 210*.
Grünbaum, Rose 10*.
Gruhle, Wilmanns u. Dreyfuß 42*.
Grumme 228*.
Grzywo-Dybrowski 173* 228*.
Guillain u. Laroche 60*.
Guiraud 132* 228*.
Gurari 173*.
Gutzmann 10*.

v. Haberer 228*.
Haberich 10*.
Haberkant 60* 270* 93.
Hacker, F. 10*.
Haeberlin 273* 140.
Häffner, Richard 132*.
Haenel 10*.
Hahn 11* 42* 268* 70.
Hahn u. Thorndike 10*.
Haike u. Lewy 173*.
Halberstadt (Paris) 132* 228*.
Halberstadt u. Legrand 132*.
Hall 10*.
Hallervorden 132* 228*.
Hamburger 156*.
Hammer, W. 47*.
Hanes 61*.
v. Hansemann 61* 156*.
Hansemann, C. 61*.
Hansen, Karl 39*.
Happich 61*.
Hardart 173*.
Harms, H. 231*.
Harnack 35*.
Harpe, Karl 132* 229*.
Hart, C. 229*.
Harter 11* 61*.
Hasal 156*.
Hasche-Klünder 229*.
Haßmann 269* 80.
Hatiegan u. Döri 210*.
Hatschek 61*.
v. Hattinghaus 132*.
Hauber 61* 132*.
Hauenstein, Jakob 61* 132*.
Hauptmann 61* 173*.
Haury 61*.
Hayashi 210*.
Haymann 61*.
Heck 11*.
Hedwall 11*.
Hegar 42* 47*.
Hegener 11*.
Heilbronner 11* 46* 61* 173* 257*.
Heile 173*.
Heilig 229*.
Heine, Rosa 11*.
Heinicke u. Künzel 173*.
Heise, W. 61*.
Heller, Julius 62*.
Heller, Th. 11* 62*.
Hellsten 173*.
Hellwig, A. 11* 42*.
Henmon u. Wells 12*.
Henning, G. 173*.
Henning, H. 11*.
Henri-Claude u. Queroy 173*.
Henrotin 12*.
Hensgen 229*.
v. Hentig 47*.
Herfort u. Brožek 62*.
Hérisson-Laparre u. Pruvost 132*.
Herold, Erich 39*.
Herschmann 62*.
Hesnard 62* 133*.
v. Heß 12*.
Hesse, Franz 174*.
Hesser 229*.
Heusch 210*.
Heveroch 12* 62* 133* 174*.
Heyder, Otto 43* 133*.



Heymann, Irma 62*.
Heymans 12*.
Hibben, D. 133*.
Hieronymus 62* 174*.
Hilger 12*.
Hill 12*.
Hinkley 12*.
Hinrichsen 133*.
Hirsch, O. 174.
Hirsch, S. 210*.
Hirschfeld, H. 62*.
Hirschfeld, L. 62*.
Hirschfeld, Magnus 12* 43*.
Hirschfeld u. Klinger 62*.
weil. Hirschl 229*.
Hirschlaff 12* 62*.
Hirschweg 175*.
Hirt, Ed. 12* 13* 62*.
Hnátek 63*.
Hoch, A. 63*.
Hochsinger 157*.
Hock 268* 65.
v. Höpler 133*.
Hösel 257*.
Hoffmann, Erwin 257*.
Hoffmann, H. 13*.
Hohmann, A. 133*.
Holle 13*.
Hollingworth 13*.
Holmes 63* 133*.
Holterbach 270* 94.
v. Holtum 133*.
Honigmann 49*.
Hoppe, J. 229*.
Horion 257*.
Horstmann 13* 63*.
Hortvík 63*.
Horwitz, Camilla 63* 229*.
Horwitz, K. 13*.
Hosemann 174*.
Hotz 174*.
Hoven 63*.
Hübner 257*.
Hüttel 157*.
Hughes 133* 210*.
Hund, Josefine 36*.
Hunt, Ramsey 174*.
Hunter u. Williams 210*.
Hurwicz 13*.
Huther, A. 13*.
Hylla 13*.

Infield 174*.
Isserlin 13*.
Itten 63* 134*.
Iwaschenzoff 174*.

Jackson 63* 133*.
Jacquin 133*.
Jaeger, R. 63*.
Jaensch 13* 14*.
Jakob, A. 174* 229*.
Janet 13*.
Janowski 174*.
Janski 46* 174*.
Jedlička 229*.
Jeliffe u. Frank 229*.
Jentsch 63* 229*.
Jenz 271* 106.
Joachim, A. 174*.
Jödicke 229* 270* 102.
Jörger 134* 273* 147.
John, K. 229*.
Johnson, H. M. 14*.
Jolly 63*.
Jones 63* 257*.
de Jong 210*.
Jordan, Erich 174*.
Juarros 229*.
Juchtschenko 64*.
Juchtschenko u. Plotnikoff 64* 134*.
Juliusburger 64*.
Jung 64* 134*.
Juquelier u. Vinchon 43*.
Jurmann 230* 257*.

Kafka, G. 14*.
Kafka, Viktor 64* 174* 175*.
Kahane 14* 64*.
Kahlmeter 134*.
Kahn u. Gallais 134*.
Kalischer 14*.
Kalmus 39*.
Kammel, W. 14*.
Kammerer, Wilh. 43* 134*.
Kanngießer 64*.
Kaplan 14* 175*.
Kappen 64*.
Karpas 134*.
Karplus 230*.
Kastan 43* 65*.
Kat 210*.
Kato 175*.
Katz 14*.
Kauffmann, Elsa 65*.
Kawczynski 175*.
Kayser 269* 76.
Kehoe 157*.
Keitler u. Lindner 65*.
Keller, Max 39* 134*.
Kellner (Alsterdorf) 157* 257* 268* 64.
Kellner, A. 230*.
Kemnitz 14*.
Kennedy 210*.
v. Kern 14*.
Kiesselbach, Gusta 230*.
Kindt, Ernst 175*.
Kirby 134*.
Kirchgaesser 230*.
Kirchhoff 272* 132.
Kirkpatrik 14*.
Kirmse 157*.
Kisch u. Remertz 65*.
Kißkalt 65*.
Klaus, O. 230*.
v. Klebelsberg 65*.
Kleiber, Rudolf 65*.
Klein, Wilh. 175*.
Kleine, Heinr. 230*.
Kleinknecht, F. 230*.
Kleinpeter 15*.
Kleist (Erlangen) 134* 175*.
Klemm 15*.
Klien 175*.
Klieneberger 15* 36* 65*.
Klinke 230* 257*.
Klinkenberg 15*.
Klose 230*.
Kluge 257*.
Knauer 65* 134* 210*.
Knauer u. Maloney 65*.
Knox 65* 157*.
Kobler 15*.
Kocher 230*.
Köllner 15*.
König 210*.
Koesling, Gustav 134*.
Koffka, K. 15*.
Kohnstamm 134* 135*.
Kohs 15*.
Kolde, W. 230*.
Kolisko 36*.
van der Kolk 65*.
Kollaritz 15*.
Koller, A. 258*.
Kolossow 210*.
v. Korczynski 230*.
Kors, Th. 175*.
Košák, J. 66*.
Kosog, O. 15*.
Koutanin 135*.

Kozlowski 230*.
Kramář jun. 15*.
Kramer, Franz 175*.
Krarup 66*.
Krasser 230*.
Krause 55* 175* 176*.
Kreibig 15*.
Kreuser (Winnental) 66* 135*.
Kreuser, T. 135*.
Kretscher 157*.
Kretschmer 135*.
v. Kries 15*.
Kroll 66*.
Kronfeld 15* 66* 135* 231*.
Krueger 66*.
Kruse u. Prinzer 210*.
Kühn, Alex. 16*.
Kühnapfel 16*.
Kühns, K. 258*.
Külpe, O. 16*.
Küster 66* 135*.
Kuhlmann, Helen C. 16*.
Kure 231*.
Kutzinski 176* 231*.

Ladame 43* 66*.
Laehr 270* 89.
Lagriffe 211*.
Lahmeyer, Fr. 176*.
Lahy 16*.
Laignel-Lavastine u. Barbe 135* 176*.
Lampé 66*.
Landauer, K. 135*.
van Landen 177*.
Lang, J. 135* 176*.
Langenbruch 16*.
Langfeld 16*.
Lantzius-Beninga 273* 149.
Lanzelotti 43*.
Lapinsky 66*.
Laquer 66*.
Lasarew 176*.
Lauconnier 211*.
Launoy 231*.
Laurent 157* 176*.
Laurès 66*.
Lauschner 176*.
Lay 16*.
Lazar, E. 43*.
Lazar u. Peters 16*.
Leber, A. 67*.
Lechner 67*.
Lefèvre 50*.
Legett 231*.
Legrain 211*.
Lehmann, A. 16*.
Lehmann, C. 231*.
Lehmensick 16*.
Lelesz, Hélène 24*.
Lemel 135*.
Lentz, Fr. 67*.
Leppmann 36* 43*.
Leri, André u. Vurpas 231*.
Leroy u. Baudouin 135* 176* 231*.
Leroy u. Juquelier 136*.
Leschke, E. 16* 176*.
Lesieur u. Petzetakis 67*.
Levaditi u. Martél 176*.
Lewandowsky 176* 231*.
Lewin 67*.
Lewinsohn, B. 67*.
Ley u. Menzerath 16* 46*.
Liebelt, Paul 136*.
Liebenberg 17*.
Liebenthal 136*.
v. Liebermann u. Révécz 17*.
Lienau 67* 136*.
Liepmann 50* 176*.
Liepmann u. Pappenheim 176*.
Lilienstein, Siegfrid 67*.
Lindtner 17*.
Lindworsky 17*.
Linke, A. Fr. 136*.
Linke 270* 101.
Lipps 17*.
Lipska-Librach 17*.
Little jun. 211*.
Livet 50* 67* 136*.
Lobedank 17* 36 231*.
Lobsien, M. 17*.
Loeb (Ahrweiler) 136*.
Loeb, S. 67*.
Loeb, W. 67*.
Loechel, Karl 231*.
Löwenfeld, L. 67* 231*.
Löwenstein, Kurt 177*.
Löwenstein, Otto 39*.
Loewy, Erna 177* 231*.
Loewy, Julius 68*.
Loewy, Max 231*.
Loewy u. Placzek 67*.
Lomer 68* 157* 177* 231*.
Lorand 17*.
Loy 17*.
Lüderitz, O. 49*.
Lüdtke 17*.
Lürich, Heinr. 177*.
Lütje 136*.
Luger 177*.
Luther 68*.
Lyon 17*.

Maaß 177*.
MacCarrison 156*.
MacDonald 68*.
Macdonald 136*.
Macnaughton-Jones 17*.
Mac Phail 177*.
v. Mádai 18*.
Maeder, A. 18*.
Maere 157*.
Märtens, Otto 136* 232*.
Mahaim 269* 73.
Maier (Burghölzli) 68*.
Maier, Heinr. 18*.
v. Malaisé 177*.
Mangelsdorf 232*.
Mangold 18* 68*.
Maniu 68*.
Mann 50* 177*.
Manoilow 211*.
Marbe 18* 258*.
Marburg 232*.
Marchand u. Usse 43* 157*.
Marcinowski 18*.
Marcus, H. 177*.
Marcuse 18*.
Marguliés 232*.
Margulis 177* 232*.
Marie (Villejuif) 68* 178* 232*.
Marie u. Foix 178*.
Marie u. Levaditi 178*.
Marie, Levaditi u. Martél 178*.
Marie u. l'Hermitte 232*.
Marinesco 178*.
Marinesco u. Minea 178* 179*.
Marks 179*.
Markus, O. 178* 179*.
Marthen 43*.
Martini 211*.
Masini 43*.
Masini u. Vidoni 68* 232*.
Massarotti 179* 232*.
de Massary u. Chatelain 179*.

Massaut 68*.
Masselon 136*.
Mattauschek 179*.
Matti 232*.
Matusch 272* 131.
Matzkewitsch 179*.
Maurel 232*.
Mayer, E. 68* 136*.
Mayer, H. 18*.
Mayer, W. 68*.
Mayer, Wilh. 136* 232* 233*.
McCaskey 136*.
McDougall 17*.
McKennan, Johnston u. Henninger 232*.
Medow, W. 68*.
Meeus 258*.
Meggendorffer 136*.
Meisner 43*.
Meltzger 233*.
Menzerath 18*.
Mercklin 69*.
Messer 18* 19*.
Meumann 19*.
Meyer, A. 69* 179*.
Meyer, C. 233*.
Meyer, E. (Königsberg) 69* 137* 179* 258*.
Meyer, Ernst 51*.
Meyer, Gottfried 211*.
Meyer, Max 19*.
Meyer, Robert 69*.
Meyer, W. 39* 69* 179*.
Mezger 36* 69*.
Michael 179*.
Michalek 233*.
Michel, Joh. 137*.
Michotte u. Fransen 19*.
Mills 180*.
Mingazzini 69* 180* 233*.
Misch, W. 180*.
Mischin 69*.
Mitschell u. Ira Darling 180*.
Mobitz, Waldemar 233*.
Modena 137*.
Möde 19*.
Moeli 39*.
Mönkemöller 39* 47* 49* 271* 104.
Moerchen 69*.
Mohr, R. 19* 69* 233*.
Molhaut 69*.
Moll, Alb. 19*.
Mollweide 137*.
Momberg 233*.
v. Monakow 180*.
Monrad-Krohn 180*.
de Moraes 180*.
Moravcsik 69* 137* 211*.
Morelli 43* 157*.
Moretti 137*.
Moro 157*.
Morse, Mary E. 180*.
Mosbacher, E. 233*.
Mothes 19*.
Mott 70* 233*.
Mourgue 20*.
Mühlbaum 233*.
Müller 180*.
Müller, Alois 19*.
Müller, E. 70*.
v. Müller, Fr. 19*.
Müller, Helene 258*.
Müller-Freienfels 19* 70*.
Müller-Lyer 70*.
Müller-Schürch 180*.
Münch, W. 233*.
Münzer 19* 70*.
Munro 211*.
v. Muralt 211*.
Murphy 70*.
Mutermilch 70*.
Muth 137*.
Myers 20*.
Myerson 70* 180*.
Myerson u. Eversole 70*.
Mylne 258*.
Myslivecěk 180* 211*.

Näcke 36*.
Natali 233*.
Nauendorff, Erich 137* 233*.
Návrat 270* 100.
Nayrac 20*.
Neff 211*.
Neiding 233*.
Neißer 70*.
Nelken 47* 70*.
Netoušek 71*.
Neuber, K. E. 233*.
Neuberger 270* 88.
Neue 71* 180*.
Neuendorff, Richard 71*.
Neuer, A. 20* 71*.
Neumanitsch 20*.
Neumann, Alfr. 234*.
Neumann, H. 71*.
Neumann, Kurt 71*, 137*.
Neumann, Ludwig 181*.
Neumann, O. 36*.
Neve, G. 211*.
Nießl v. Mayendorff 71* 181*.
Niesztka 71*.
Nieuwenhuijse 157*.
Nißl 71* 137*.
Nitsche, Herm. 234*.
Nonne 181*.
Nonne u. Wohlwill 181*.
North, Ch.H. 47* 269* 75.
Nouët 137* 181*.

Oberholzer 137* 138* 234*.
Obersteiner 172*.
Obrégia u. Pitulesco 71* 138*.
Obrégia u. Urechia 234*.
Obrégia, Urechia u. Cianesco 138*.
Obrégia, Urechia u. Popea 138* 234*.
O'Doherty 258*.
Oetter 271* 103.
O'Malley 71*.
Omorokow 138*.
O'Neil 72*.
Oppenheim, H. 181* 182* 234*.
Oppenheim, Max 39*.
Orr u. Rows 72* 211*.
Orton 181*.
Osler 258*.
Ostankow 138*.
Ostermann 20*.
Ostrop 138*.
Oswald 158*.
Otto u. Blumenthal 72*.
Otzen 138* 181*.

Pactet 72*.
Pagenstecher 138*.
Pancoscelli-Calzia 20*.
Pánski 181*.
Panýrek 158*.
Pappenheim u. Groß 72* 138 *.
Pappenheim u. Volk 181*.
Parant 47*.
Parhon 72*.
Parhon u. Dan 158*.
Parhon u. Mme. Parhon 234*.
Parhon u. Mlle. Parhon 72* 234*.

Parhon u. Odobesco 158* 234*.
Parhon u. Satini 72*.
Parhon u. Zugravu 72*.
Pascal 138* 181*.
Passini 234*.
Passow 73* 138*.
Paton 73*.
Patrik 20*.
Pauli 20*.
Pawlowski 73*.
Pear 20*.
Pear u. Wyatt 158*.
Pearson u. Jaederholm 158*.
Pellacani 73* 138* 234*.
Perelmann 211*.
Pesker 73*.
Peter, Rud. 20*.
Peters 20* 73*.
Peters u. Němencèk 20*.
Peters, W. 29*.
Petersen 269* 71.
Peterson 21*.
Petit 212*.
Petrazzani-Saccozzi 51*.
Petrow 181*.
Petsch 234*.
Petsch, Bruno 234*.
Petsch, Ernst 181*.
Pettavel 235*.
Pfersdorff 139*.
v. Pfungen 73*.
Pick 21* 46* 73* 181*.
Pickhau, Art. 139*.
Pieper, Anton 39*.
Pieron 21*.
Pièrre-Kahn u. Combessedès 258*.
Pighini 74* 181*.
Pighini u. Barbieri 183*.
Pikler, J. 21*.
Pilcz 74* 139* 183*.
Piquemal u. Malfilatre 139*.
Plaut 74*.
Poffenberger 21*.
Ponzo 21*.
Poppelreuter 21* 22*.
Porot 235*.
van der Porten 212*.
Porteous 235*.
Prandte, A. 22*.
Prince 22*.
Prinzing 270* 97.
Pürckhauer u. Mauß 212*.
Pütter, A. 22*.
Puillet u. Morel 74*.
Puppe 36*.
Pussep 183*.

Quaedt-Faslem 272* 123.
Quensel 49* 183* 268* 66.
Queteleter 22*.
Quincke 183*.

Rabbas 271* 114.
Raecke 44* 74* 158*.
Raether 22*.
Raimann 44* 139* 235*.
Rainsford 212*.
Ranke, O. 74* 183*.
Ranschburg 22*.
Ransohoff 273* 137.
Rappawi 22* 158*.
Rath, C. 22*.
Raviard u. Hannard 258*.
Rawen, W. 183*.
Rebierre 39*.
Reckzeh 183*.
Redlich 74* 235*.
Redlich u. Lazar 44*.
Régis 74*.
Régis u. Hesnard 22*.
Rehm, Otto 139*.
Reichardt, K. 22*.
Reichardt, M. 74* 75*.
Reichel 75* 258*.
Reichenow 183*.
Reichmann, Frida 139*.
Reichmann, V. 184*
Reid 75*.
Rein, O. 184*.
Reinberg 139*.
Reiß, E. 36* 44*.
Rémond 139*.
Rémond u. Sauvage 235*.
Renterghem 22*.
Resnicĕk 75*.
Révész 22*.
Rezzo 212*.
Rhein 184*.
Richard 269* 85 a.
Richartz, Harry 184*.
Richter 235*.
Ricksher 75*.
Riebeth 139*.
de Righetti 235*.
Rignano 22*.
Rinderspacher 184*.
Ritti 139*.
Rixen 39*.
Robertson, G. W. 184*.
Robertson, W. Ford 75*.
Robinson 184*.
Rochain 139*.
Rodiet 258*.
Roels 23*.
Römer, C. 139*.
Römer, Fritz 23*.
Römer, H. (Illenau) 75* 139* 259*.
Rönne 235*.
Röper 212*.
Rohde, Max 23* 75* 184* 235*.
Roller, P. 75*.
Romeik, Karl 184*.
Rorschach 140*.
Rosanoff 75* 184*.
Rosenberg, J. 212*.
Rosental 75* 140* 184*.
Rosental u. Hilffert 75*.
Roß 140*.
Rossi, E. 76*.
Rossi, O. 212*.
Rossi, V. 185*.
Rothmann 76* 185* 235*.
Roubinowitsch u. Barbé 185*.
Rows 76*.
Rubin 23*.
Rühl 212*.
Rülfs 23* 76*.
Rütgers-Marschall 23*.
Rütman 23*.
Rumpf, Th. 185* 235*.
Runge, W. 185*.
Rupprecht, K. 44*.
Russel 76* 212*.
Russkich 185*.
Rutkewitsch 185*.
Rutz, O. 23*.
Rybakow 76* 140*.

Saaler 76*.
Saathof 76*.
Sabich, J. 44* 140*.
Sadger 44* 235.
Saenger 158*.
Saffioti u. Sergi 235*.
de Sajous 236*.
Sala 185*.
Salmon 185*.
Salomon 76* 185*.
Samberger 23* 76*.
de Sanctis 23* 158*.
Sandoz 272* 122.

Sanger Brown 76*.
v. Sarbó 76* 186*.
Sarlo 23*.
Sauer, W. 186*.
de Savarél 236*.
Schacherl 186*.
Schäfer 36* 272* 127, 128.
Scharnke (Straßburg) 76* 186* 212*.
Schauen 273* 134.
van der Scheer 23* 76* 140* 236*.
Scheinermann 23*.
Schellong 236*.
Schenk 158*.
Schilder 23*.
Schilder u. Weidner 140* 236*.
Schiller 274* 152.
Schilling 46* 158*.
Schlatter 77*.
Schleich, Rudolf 186*.
Schlemm, Martin 186*.
Schlesinger, Bernhard 140*.
Schlesinger, E. 77*.
Schlesinger, H. 186*.
Schlöß 259*.
Schmid, A. 77*.
Schmidt, C. 77*.
Schmidt, G. 23*.
Schmidt, Peter 77*.
Schmidt, W. 140* 141*.
Schmidt, Willi 236*.
Schmitt 186*.
Schnabel, Julius 186*.
Schneickert 24*.
Schneider, Gg. 24*.
Schneider 272* 119.
Schneider, K. 212* 236*.
Schneider, Kurt 141*.
Schnitzer 47* 48* 148*.
Schnitzer u. Pensky 158*.
Schnizer (Metz) 141* 236*.
Schnopfhagen 271* 116.
Schoeneberger 24*.
Schönfeld, A. 77* 186*.
Schönfeld, Alfred 186*.
Schönholzer 186*.
Scholz, C. 236*.
Schonlau, Otto 40* 141*.
Schott 46* 273* 139.
Schrader, Max 141*.
Schrenk 24*.
Schröbler 24*.
Schröder, H. 77*.
Schröder, Kurt 186*.
Schröder, M. (Lauenburg) 141* 236*.
Schröder, P. (Greifswald) 159* 186* 187*.
Schröder, Th. 77*.
v. Schrott 24*.
Schrottenbach u. de Crinis 187*.
Schubert 271* 108.
Schuchardt 269* 84.
v. Schuckmann 259*.
Schüller, A. 77*.
Schüßler 24*.
Schütze, C. 259* 273* 145.
Schulhof 24* 236*.
Schulte, F. 259*.
Schultz, Erich 141* 212*.
Schultz, Hugo 24*.
Schultz, Julius 24*.
Schultz, J. H. 36* 77* 141* 236*.
Schultze 269* 85.
Schultze, B. C. 77*.
Schumann 24*.
Schuppius 36* 77* 141*.
Schuster, H. O. 187*.
Schwabe 236*.
Schwalbe 213*.
Schwarz 78* 187*.
Schweighofer 48*.
Schwirtz 24*.
Seegers 78*.
Seelert 78* 141* 236*.
Séglas 141* 159*.
Sehn, Alfred 142* 237*.
Senf 44* 78*.
Sepp 187*.
Sergio 187*.
Sérieux u. Libert 259*.
Seyer 159*.
Seyfert 25*.
Shanahan 78*.
Shaw 78* 237*.
Shuffeldt 141* 213*.
Shukowski 187*.
Sidis 25*.
Sieber, E. 237*.
Siebert, H. 187* 237*.
Siege, Wilh. 40*.
Sielmann 237*.
Siemens 259*.
Siemerling 78*.
Siemerling u. Raecke 187*.
Sigg 44* 78* 187*.
Siler, Garrison u. Mc. Neal 213*.
Simchowicz 187*.
Simmonds 188*.
Simon 78*.
Singer 142*.
Singer, Kurt 188*.
Sioli 40* 78* 142*.
Sirota 142*.
Sittig 188*.
Skoog 188*.
Smith 25*.
Snell, O. 271* 109.
Snell, R. 270* 90.
Sokolow 78*.
Sommer (Gießen) 36* 78*.
Sonne 237*.
Soukhoff 78*.
Souper 213*.
Southard 188*.
Southard u. Bond 78* 142*.
Southard u. Canavan 79*.
Spät, W. 188*.
Spaier 25* 79*.
Spearmann 25*.
Specht 25* 79*.
Spiecker, Artur 188*.
Spielmeyer 79*.
Spies, Franz 237*.
Spitzig 213*.
Springer 25*.
Stählin 25*.
Stärcke, A. 142*.
Stahl, P. 237*.
Stamm 259*.
Stansfield 259*.
Starch 25*.
Starke 273* 142.
Starlinger 48* 259*.
v. Stauffenberg 79* 159*.
Steckel, W. 25* 44*.
Stein 36*.
Stein, E. 79*.
Stein, F. W. 40*.
Stein, G. 79*.
Steiner 79* 237*.
Stelzner, Helenefr. 25* 44* 79* 142*.
Stemmer 260*.
Stendel 79*.

Stendell, W. 237*.
Stephenson 188*.
Sterling 188*.
Stern, F. 79* 188*.
Stern, W. 25*.
Sternberg 25*.
Stertz 79* 189*.
Stewart 189* 237*.
Steyerthal 40*.
Stieda 159*.
Stiel, Ernst 40* 142*.
Stielaff 189*.
Stiller 79*.
Stoeckenius 79*.
Stöcker, W. 80* 142* 189*.
Stoos 213*.
Storch 142*.
Sträußler 51*.
Stransky 25* 80* 142*.
Strasser, Charl. 44*.
Strasser, Vera 213*.
Strasser-Eppelbaum 213*.
Strauß, Arnold 40*.
Stremlow 142*.
Strich 25*.
Strohmayer 142*.
Strubell 189*.
Struyken-Breda 26*.
Stschegloff 44*.
Stubbe 213*.
Stuchlík 80* 213* 237* 238*.
Stuchlík-Sirotow 189*.
Stumpf 26*.
Subotitsch 80*.
Sünder, Bernhard 51*.
Sust, Otto 238*.
Suter 26*.
Swift 80* 238*.
Switalski 26*.
Swolfs 260*.
Szecsi 189*.
Szilard 26*.
Sztanojevits 80*.

Taft u. Morse 189*.
Tannenbaum 26*.
Taubert 26*.
Taussig, A. 190*.
Taussig, L. 80* 189*.
Taylor 26*.
Tetzner 213*.
Theilhaber, A. 213*.
Thorndike 26*.
Thumm 80* 142*.
Tichy 26*.
Tiffany 190*.
Timme, Walter 80*.
Tintemann 40* 238*.
Tisson u. Schönberg 214*.
Titius 238*.
Todde 81*.
Togani 81*.
Toltschinsky 26*.
Tomaschny 260*.
Tooth 190*.
van der Torren 143*.
Toulouse u. Marchand 143* 190*.
Toulouse u. Mignard 81*.
Toulouse u. Pouillet 143*.
Traub, Gottfried 26*.
Travagliano 190*.
Trebitsch 26*.
Tremmel 81*.
Trockels, F. 143*.
Troell 238*.
Trömner 238*.
Truelle u. Cornet 143*.
Trümpert 188*.
Tscharnetzki 214*.
v. Tschermak 26*.
Türkel, Siegfried 40*.
Turner 81*.
Tuwim jun. 214*.

Uhlmann 260*.
Ulrich 239*.
Ungemach 271* 110.
Upheus 26*.
Urban 27*.

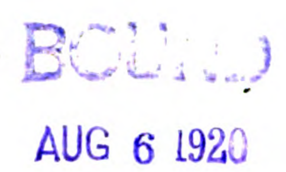
Valentine 27*.
van Valkenburg 27* 81*.
Vallet 37*.
Vallon u. Bessière 214*.
Valobra 239*.
Valtorta 81* 239*.
Vanýsek 239*.
Vaughan 81*.
Vavrouch 190*.
Veit, J. 81*.
Venza 49*.
Verworn 27*.
Vetlesen 239*.
Vidoni u. Gatti 81* 143*.
Viernstein 44*.
Viersma 28* 83*.
Vinchon 81*.
Vocke 269* 77.
Voegtlin 214*.
Völsch 190*.
Vogel 214*.
Vogelius 214*.
Vogt, H. 81*.
Volkelt 27*.
Volland 239*.
Vollmer, Karl 81* 143*.
Volpi-Ghirardini u. Zuccari 159*.
Vorbrecht 27*.
Vorkastner 143* 239*.
Voß 27*.

Wada 214*.
Wahl (Pontorson) 40* 81* 260*.
Waiblinger 27*.
Waitzfelder 239*.
Waldschmidt 214*.
v. Walsem 260*.
Walter 190*.
Walton 82*.
Wangerin 82*.
Wasner, Martin 143* 159*.
Wassermann, H. 270* 87.
Wattenberg 260* 273* 141.
Weber (Chemnitz) 46* 49* 82* 260*.
Weber, E. 27*.
Weber, R. 27*.
Wechselmann 190*.
Weddige, L. 143*.
Wegener 82*.
Wehner, Georg 239*.
Weigl 27*.
Weil 190*.
Weiler 143*.
Weill u. Mouriquand 82*.
Weiß 27* 82*.
Weißfeld 27*.
Wells 28* 82*.
Wendel 190*.
Wentscher, Else 28*.
Wernecke, W. 82*.
Werner 272* 121.
Werner, G. 260*.
Werner, H. 239*.
Werner, S. 28*.
Weyert 51*.
Weygandt 40* 45* 51* 82* 83* 143* 159* 190* 214* 260* 270* 88.

Weygandt, Jakob u. Kafka 191*.
Wickel 83* 260*.
v. Wieg-Wickenthal 191*.
Wiekowski 191*.
Wilde 239*.
Wilhelm, E. 46* 83*.
Willburger, Eugen 143*.
Wille 83* 271* 112.
Willeke 214*.
Williams 159*.
Williams, B. F. 83*.
Williams, L. L. 83*.
Williams, T. A. 83* 191* 239*.
Willige 143*.
Wilmanns, K. 28* 48* 143*.
Windelband 28*.
Winkelmann, A. 191*.
Winkler 191*.
Wirth 28*.
Wirtz 28*.
Witry 45*.
Wlassak 214*.
Wohlwill 191*.
Wolfer 191*.
Wolff 269* 82.
Wolff, Peter 83*.
Wollenberg 83* 240*.
Woltär 191*.
Woodbury 83*.
Woods 214*.
Wrede, Martin 240*.
Wreschner 28*.
Wulffen 29*.
Wunderle 29*.
Wundt 29*.
Wypler, Ludw. 29*.
Wyburow 143*.

Zach, Anton 48*.
Zander 240*.
Zannini 83*.
Zappe 273* 133.
Zentgraf 29*.
Zetlin 214*.
Ziehen 29* 45* 83*.
Zimkin 84* 191*.
Zimmermann 144*.
Zoepf, Richard 84*.
Zühlsdorff 29*.
Zuelschauer 84*.




BOUND
AUG 6 1920
UNIV. OF MICH.
LIBRARY




Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



